

Министерство здравоохранения Российской Федерации

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»**

Институт последипломного образования

Кафедра неврологии и нейрохирургии ИПО

**Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины**

**Оценочные средства и методические материалы для проведения промежуточной
аттестации по дисциплине
«Неврология»**

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - невролог
Направление подготовки:	31.08.42 Неврология
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.Б.1

1. Паспорт ОС по дисциплине «Неврология»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	<i>Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу</i>	1, 2, 3 семестры
ПК-1	<i>Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i>	1, 2, 3 семестры
ПК-2	<i>Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными</i>	1, 2, 3 семестры
ПК-5	<i>Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i>	1, 2, 3 семестры
ПК-6	<i>Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи</i>	1, 2, 3 семестры
ПК-8	<i>Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</i>	1, 2, 3 семестры
ПК-9	<i>Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</i>	1, 2, 3 семестры
ПК-10	<i>Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</i>	1, 2, 3 семестры

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его
------	------------------	------------------------------------	--	---

				проведения
1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы логики - философские диалектические принципы - методологию диагноза <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовывать лечебно-диагностическую работу в условиях поликлиники и стационара <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением - способностью к анализу и синтезу 	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет с оценкой по модулям дисциплины 1 -3 семестры
2.	ПК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> – вопросы развития, нормальной анатомии и гистологии центральной и периферической нервной системы у детей и взрослых – физиологические основы функционирования головного и спинного мозга у детей и взрослых – вопросы анатомии и физиологии ликворной системы <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить самостоятельный прием неврологических больных в поликлинике <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основными принципами лечения функциональных нарушений нервной системы 		
3.	ПК-2	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методику сбора анамнеза и обследования неврологических больных <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильно и максимально полно опрашивать больного, собирать анамнез заболевания и анамнез жизни, проводить полное неврологическое обследование взрослых и детей, выявлять общие и специфические признаки патологии нервной системы <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - комплексом методов стандартного неврологического обследования. 		
4.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - виды функциональных и клинических исследования нервной системы у детей и взрослых, применяемые на современном этапе - симптомы и синдромы поражения различных отделов нервной системы, - вопросы ранней диагностики и 		

		<p><i>дифференциальной диагностики неврологических заболеваний</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - современную систему диагностики заболеваний и травм нервной системы, включающую клинические методы, лабораторную, инструментальную, нейрофизиологическую, ультразвуковую и рентгено-радиологическую диагностику - методику выполнения лечебно-диагностических блокад - классификацию и клинические особенности врождённых аномалий центральной нервной системы <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильно интерпретировать результаты инструментальных исследований (ультразвукового, рентгеновского: магнитно-резонансной и компьютерной томографии, ангиографического исследования), - выявлять основные жалобы, проводить обследование и дифференциальную диагностику при сосудистых, опухолевых, воспалительных и паразитарных заболеваниях нервной системы, эссенциальной эпилепсии и эпилептических синдромах, травмах нервной системы, дегенеративных поражениях позвоночника. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - комплексом методов стандартного неврологического обследования, - методами лечебно-диагностических пункций и малоинвазивных хирургических вмешательств. 		
5.	ПК-6	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - принципы неотложной помощи и интенсивной терапии при травме нервной системы - принципы интенсивной терапии при ишемических и геморрагических инсультах головного и спинного мозга - вопросы лечения дегенеративных поражений позвоночника - методы малоинвазивного лечения при болевых синдромах, обусловленных дегенеративными заболеваниями позвоночника - методы лечения эпилепсии - принципы лечения при нарушениях ликвородинамики (сирингомиелия, 		

гидроцефалия)

- основы клинической фармакотерапии при заболеваниях нервной системы
- принципы применения современных малоинвазивных методов лечения в неврологии (лазерные, ультразвуковые и высокочастотные методы лечения)

Умеет:

- оценивать тяжесть состояния больного, оказать первую медицинскую помощь, определять объем и место оказания дальнейшей медицинской помощи (в приемном отделении, стационаре, многопрофильном лечебном учреждении),

- определить тяжесть и вид нейротравмы, объем и сроки обследования, лечебную тактику при травматических поражениях нервной системы,

- определять лечебную тактику при дегенеративных заболеваниях позвоночника, воспалительных и паразитарных заболеваниях

- определять показания и противопоказания для лечебно-диагностических пункций и малоинвазивных хирургических вмешательств (люмбальная и субокципитальная пункция, вентрикулярное дренирование, эпидуральные и корешковые блокады)

Владеет:

- методами оказания экстренной первой (догоспитальной) помощи при urgentных состояниях (при нейротравме, острых нарушениях мозгового кровообращения, нарушениях тазовых функций при патологии позвоночника и спинного мозга, острой окклюзионной гидроцефалии, дислокационном синдроме, отеке головного мозга и пр.)

- основными принципами лечения при функциональных нарушениях нервной системы

- основными навыками диагностики и лечения черепно-мозговой и спинно-мозговой травмы

- основными принципами лечения сосудистых заболеваний центральной

		<p><i>нервной системы</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - основными принципами лечения при нейроонкологии - основными принципами лечения воспалительных и паразитарных заболеваний нервной системы - основными принципами лечения эпилептических синдромов - основными принципами лечения дегенеративных заболеваний позвоночника - основными принципами интенсивной терапии при ургентной патологии - методами лечебно-диагностических пункций и малоинвазивных хирургических вмешательств 		
6.	ПК-8	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - вопросы медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации при патологии нервной системы <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовывать лечебно-диагностическую работу по неврологии в условиях поликлиники и стационара <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основными принципами лечения, включая восстановительное лечение, при нейроонкологии, сосудистых заболеваниях центральной нервной системы, травмах нервной системы воспалительных и паразитарных заболеваниях, эпилептических синдромах, дегенеративных заболеваниях позвоночника. 		
7.	ПК-9	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - принципы и методы формирования здорового образа жизни - организацию и принцип работы центра социальной реабилитации <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - системой выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни 		
8.	ПК-10	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - нормативно-правовую базу ведения больных в поликлинике и стационаре 		

	<p>- <i>нормативно-правовые документы (приказы, распоряжения) о порядке оказания медицинской помощи больным</i></p> <p>- <i>основы экспертизы и определения нетрудоспособности при заболеваниях нервной системы</i></p> <p>Умеет:</p> <p>- <i>вести медицинскую документацию (истории болезни, амбулаторные карты и др.)</i></p> <p>- <i>правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты</i></p> <p>- <i>правильно использовать экономические параметры при оказании медицинских услуг</i></p> <p>Владеет:</p> <p>- <i>основными принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</i></p>		
--	--	--	--

Модули дисциплины:

- Семиотика поражения нервной системы и топическая диагностика заболеваний нервной системы (ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
- Методы исследования в неврологии (УК-1, ПК-2, ПК-5)
- Принципы и методы лечения неврологических больных (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-8)
- Ангионеврология (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10)
- Инфекционные заболевания центральной нервной системы (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10)
- Заболевания периферической нервной системы, мышц и нервно-мышечной передачи (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10)
- Нервно-мышечные заболевания (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10)
- Демиелинизирующие заболевания нервной системы (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10)
- Наследственно-дегенеративные заболевания нервной системы (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10)
- Эпилепсия (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10)
- Токсические поражения нервной системы (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10)
- Заболевания вегетативной нервной системы (ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по модулям дисциплины.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии по модулю дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по модулям дисциплины.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются баллами по 5-балльной системе.

Положительными оценками считаются оценки «отлично», «хорошо» и «удовлетворительно».

Компетенция	Высокий уровень - отлично	Средний уровень- хорошо	Низкий уровень- удовлетворительно	Неудовлетворительно
УК-1	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</p>	<p>Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы, <u>но допускает небольшие ошибки.</u></p>	<p>Умеет <u>Не может провести анализ</u> предложенных случаев и сделать выводы</p> <p>Владеет: В ходе анализа и при формулировании выводов <u>допускает грубые ошибки</u></p>
ПК-1	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их</p>	<p>Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или)</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или)</p>

	<p>заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p>Владеет: <u>Уверенно,</u> <u>правильно и самостоятельно</u> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания, <u>но допускает небольшие ошибки</u></p>	<p>распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p>Владеет: <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>
ПК-2	Умеет:	Умеет:	Умеет:	Умеет: <u>не</u>

	<p><u>Самостоятельно и без ошибок</u> проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> проводит профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществляет диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p>	<p><u>Самостоятельно</u> проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> проводит профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществляет диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p>	<p><u>Под руководством преподавателя</u> проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> проводит профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществляет диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными, <u>но допускает небольшие ошибки</u></p>	<p><u>способен</u> проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p> <p>Владеет: <u>Не способен</u> проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p>
ПК-5	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и</u></p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u></p>	<p>Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем,</p> <p>Владеет: <u>определяет у</u></p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p> <p>Владеет: <u>Не способен</u></p>

	<u>самостоятельно</u> определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем,, <u>но допускает небольшие ошибки.</u>	самостоятельно определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.
ПК-6	Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи	Умеет: <u>Самостоятельно</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи, <u>но совершает отдельные ошибки.</u> Владеет: <u>Самостоятельно</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи	Умеет: <u>Под руководством преподавателя</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи. Владеет: <u>Самостоятельно</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи, <u>но допускает небольшие ошибки.</u>	Умеет: <u>Не способен к</u> ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи. Владеет: <u>Не способен</u> самостоятельно вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи
ПК-8	Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов,	Умеет: <u>Самостоятельно</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в	Умеет: <u>Под руководством преподавателя</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у	Умеет: <u>Не способен</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов,

	<p>нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p>медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p>пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении, <u>но допускает небольшие ошибки.</u></p>	<p>нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p> <p>Владеет: <u>Не способен</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>
ПК-9	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> формировать у пациентов, членов их семей и населения в целом, мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> проводит мероприятия по формированию у пациентов, членов их семей и населения в целом,</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> мотивировать пациентов, членов их семей и население в целом на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, <u>совершая при этом отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> проводит мероприятия по формированию у пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего</p>	<p>Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> мотивировать пациентов, членов их семей и население в целом на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> проводит мероприятия по формированию у пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> мотивировать пациентов, членов их семей и население в целом на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.</p> <p>Владеет: <u>Не может</u> самостоятельно осуществлять мероприятия по формированию у пациентов, членов их семей и населения в целом, мотивации, направленной на сохранение и</p>

	<i>мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.</i>	<i>здоровья и здоровья окружающих, допуская при этом <u>неточности, не имеющие принципиального значения.</u></i>	<i>здоровья и здоровья окружающих допуская при этом <u>небольшие ошибки.</u></i>	<i>укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</i>
ПК-10	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p>	<p>Умеет: <u>Под руководством преподавателя</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях, <u>но допускает небольшие ошибки.</u></p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p> <p>Владеет: <u>Не способен</u> самостоятельно применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации. По каждому контролируемому модулю предлагается одна ситуационная задача. Оценка за собеседование по ситуационной задаче определяется как средняя арифметическая оценок за выполненные задания к задаче.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Итоговой оценкой за зачет по модулю является оценка за собеседование по ситуационной задаче.

МОДУЛЬ: СЕМИОТИКА ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Тестовые задания
Контролируемые компетенции: ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

001. При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы
- а) верхней прямой
 - б) наружной прямой
 - в) нижней прямой
 - г) нижней косой
002. Мидриаз возникает при поражении
- а) верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
 - б) нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
 - в) мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва
 - г) среднего непарного ядра
 - д) ядра медиального продольного пучка
003. Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне Т10 дерматома, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента
- а) Т6 или Т7
 - б) Т8 или Т9
 - в) Т9 или Т10
 - г) Т10 или Т11
004. При центральном пирамидном параличе не наблюдается
- а) гипотрофии мышц
 - б) повышения сухожильных рефлексов
 - в) нарушения функции тазовых органов
 - г) нарушения электровозбудимости нервов и мышц
005. Хореический гиперкинез возникает при поражении
- а) палеостриатума
 - б) неостриатума
 - в) медиального бледного шара
 - г) латерального бледного шара
006. Волокна для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии
- а) латерально
 - б) медиально
 - в) вентрально
 - г) дорсально
007. Волокна для туловища и верхних конечностей располагаются в клиновидном пучке задних канатиков по отношению к средней линии
- а) латерально
 - б) медиально
 - в) вентрально
 - г) дорсально
008. Волокна болевой и температурной чувствительности (латеральная петля) присоединяются к волокнам глубокой и тактильной чувствительности (медиальная петля)
- а) в продолговатом мозге
 - б) в мосту мозга
 - в) в ножках мозга
 - г) в зрительном бугре
009. Медиатором тормозного действия является
- а) ацетилхолин
 - б) ГАМК
 - в) норадреналин

- г)адреналин
010. Все афферентные пути стриопаллидарной системы оканчиваются
- а) в латеральном ядре бледного шара
 - б) в полосатом теле
 - в) в медиальном ядре бледного шара
 - г) в субталамическом ядре
011. Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия
- а) мозжечковая
 - б) сенситивная
 - в) вестибулярная
 - г) корковая
012. Регуляция мышечного тонуса мозжечком при изменении положения тела в пространстве осуществляется через
- а) красное ядро
 - б) люисово тело
 - в) черное вещество
 - г) полосатое тело
013. Биназальная гемианопсия наступает при поражении
- а) центральных отделов перекреста зрительных нервов
 - б) наружных отделов перекреста зрительных нервов
 - в) зрительной лучистости
 - г) зрительных трактов
014. К концентрическому сужению полей зрения приводит неполное сдавление
- а) зрительного тракта
 - б) зрительного перекреста
 - в) наружного коленчатого тела
 - г) зрительной лучистости
015. При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия
- а) биназальная
 - б) гомонимная
 - в) битемпоральная
 - г) нижнеквадрантная
016. Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении
- а) зрительного тракта
 - б) зрительного перекреста
 - в) зрительной лучистости
 - г) внутренней капсулы
017. Через верхние ножки мозжечка проходит путь
- а) задний спинно-мозжечковый
 - б) передний спинно-мозжечковый
 - в) лобно-мосто-мозжечковый
 - г) затылочно-височно-мосто-мозжечковый
018. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении
- а) обонятельного бугорка
 - б) обонятельной луковицы
 - в) височной доли
 - г) теменной доли
019. Битемпоральная гемианопсия наблюдается при поражении
- а) центральных отделов перекреста зрительных нервов
 - б) наружных отделов перекреста зрительных нервов
 - в) зрительных трактов перекреста зрительных нервов

- г) зрительной лучистости с двух сторон
020. Истинное недержание мочи возникает при поражении
- а) парацентральных долек передней центральной извилины
 - б) шейного отдела спинного мозга
 - в) поясничного утолщения спинного мозга
 - г) конского хвоста спинного мозга
021. При парезе зрения вверх и нарушении конвергенции очаг локализуется
- а) в верхних отделах моста мозга
 - б) в нижних отделах моста мозга
 - в) в дорсальном отделе покрышки среднего мозга
 - г) в ножках мозга
022. Половинное поражение поперечника спинного мозга (синдром Броун - Секара) характеризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании
- а) с нарушением всех видов чувствительности - на противоположной
 - б) с нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага
 - в) с нарушением глубокой чувствительности на стороне очага и болевой и температурной чувствительности - на противоположной
 - г) с нарушением всех видов чувствительности на стороне очага
023. При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия
- а) динамическая
 - б) вестибулярная
 - в) статическая
 - г) сенситивная
024. При периферическом парезе левого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет левого глаза, гиперестезии в средней зоне Зельдера слева, патологических рефлексов справа очаг локализуется
- а) в левом мосто-мозжечковом углу
 - б) в правом полушарии мозжечка
 - в) в мосту мозга слева
 - г) в области верхушки пирамиды левой височной кости
025. Миелин в центральной нервной системе вырабатывают
- а) астроциты
 - б) олигодендроглиоциты
 - в) микроглиоциты
 - г) эпендимоциты
026. Сочетание боли и герпетических высыпаний в наружном слуховом проходе и ушной раковине, нарушение слуховой и вестибулярной функции является признаком поражения узла
- а) вестибулярного
 - б) крылонебного
 - в) коленчатого
 - г) Гассерова
027. Миелинизация волокон пирамидной системы начинается
- а) на третьем месяце внутриутробного развития
 - б) в конце первого года жизни
 - в) в начале второго года жизни
 - г) на последнем месяце внутриутробного развития
028. Шейное сплетение образуется передними ветвями спинно-мозговых нервов и шейных сегментов
- а) C1-C4
 - б) C2-C5
 - в) C3-C6
 - г) C4-C7

- д)С5-С8
029. Плечевое сплетение формируют передние ветви спинно-мозговых нервов
- а)С5-С8
 - б)С5-С8, Т1-Т2
 - в)С6-С8
 - г)С8-Т2
030. Нервные импульсы генерируются
- а)клеточным ядром
 - б)наружной мембраной
 - в)аксоном
 - г)нейрофиламентами
031. В состав лимбико-ретикулярного комплекса не входят
- а)черное вещество
 - б)гиппокамп
 - в)миндалина
 - г)мамиллярные тела
 - д)ретикулярная формация
032. На срезе нижнего отдела продолговатого мозга не различают ядра
- а)нежное и клиновидное
 - б)спинно-мозгового пути тройничного нерва
 - в)подъязычных нервов
 - г)лицевого, отводящего нервов
033. В состав среднего мозга не входят
- а)красные ядра
 - б)ядра блокового нерва
 - в)ядра глазодвигательного нерва
 - г)ядра отводящего нерва
034. Гемианестезия, гемиатаксия, гемианопсия характерны для поражения
- а)бледного шара
 - б)хвостатого ядра
 - в)красного ядра
 - г)таламуса
035. Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается
- а)вялым парезом ног и нарушением чувствительности по корешковому типу
 - б)спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами
 - в)нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи
 - г)спастическим парапарезом ног без расстройств чувствительности и нарушением функции тазовых органов
036. Истинный астереогноз обусловлен поражением
- а)лобной доли
 - б)височной доли
 - в)теменной доли
 - г)затылочной доли
037. Выпадение верхних квадрантов полей зрения наступает при поражении
- а)наружных отделов зрительного перекреста
 - б)язычной извилины
 - в)глубинных отделов теменной доли
 - г)первичных зрительных центров в таламусе
038. Дендриты, воспринимающие холодовые раздражения, содержат рецепторы в виде
- а)неинкапсулированных чувствительных окончаний Руффини
 - б)инкапсулированных чувствительных окончаний Краузе
 - в)телец Меркеля

- г) телец Фатера - Пачини
039. Замыкание дуги рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы плеча происходит на уровне следующих сегментов спинного мозга
- а) С3-С4
 - б) С5-С6
 - в) С7-С8
 - г) С8-Т1
 - д) Т1-Т2
040. Непарное заднее ядро глазодвигательного нерва (ядро Перлиа) обеспечивает реакцию зрачка
- а) на свет
 - б) на болевое раздражение
 - в) на конвергенцию
 - г) на аккомодацию
041. Больной со зрительной агнозией
- а) плохо видит окружающие предметы, но узнает их
 - б) видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной
 - в) не видит предметы по периферии полей зрения
 - г) видит предметы, но не узнает их
042. Больной с моторной афазией
- а) понимает обращенную речь, но не может говорить
 - б) не понимает обращенную речь и не может говорить
 - в) может говорить, но не понимает обращенную речь
 - г) может говорить, но речь скандированная
043. Больной с сенсорной афазией
- а) не может говорить и не понимает обращенную речь
 - б) понимает обращенную речь, но не может говорить
 - в) может говорить, но забывает названия предметов
 - г) не понимает обращенную речь, но контролирует собственную речь
 - д) не понимает обращенную речь и не контролирует собственную
044. Амнестическая афазия наблюдается при поражении
- а) лобной доли
 - б) теменной доли
 - в) стыка лобной и теменной доли
 - г) стыка височной и теменной доли
045. Сочетание нарушения глотания и фонации, дизартрии, пареза мягкого неба, отсутствия глоточного рефлекса и тетрапареза свидетельствует о поражении
- а) ножек мозга
 - б) моста мозга
 - в) продолговатого мозга
 - г) покрышки среднего мозга
046. Сочетание пареза левой половины мягкого неба, отклонения язычка вправо, повышения сухожильных рефлексов и патологических рефлексов на правых конечностях свидетельствует о поражении
- а) продолговатого мозга на уровне двигательного ядра IX и X нервов слева
 - б) продолговатого мозга на уровне XII нерва слева
 - в) колена внутренней капсулы слева
 - г) заднего бедра внутренней капсулы слева
047. При альтернирующем синдроме Мийяра - Гублера очаг находится
- а) в основании ножки мозга
 - б) в заднебоковом отделе продолговатого мозга
 - в) в области красного ядра
 - г) в основании нижней части моста мозга

048. При сочетании двустороннего синдрома Горнера с расстройством болевой и температурной чувствительности на руках с наибольшей вероятностью можно предположить наличие у больного
- а) спинальной формы рассеянного склероза
 - б) цервикальной синингомиелии
 - в) экстрамедуллярной опухоли на шейно-грудном уровне
 - г) интрамедуллярной опухоли на шейно-грудном уровне
 - д) верно а) и в)
 - е) верно б) и г)
049. Для поражения вентральной половины поясничного утолщения не характерно наличие
- а) нижнего вялого парапареза
 - б) диссоциированной параанестезии
 - в) нарушения функции тазовых органов по центральному типу
 - г) сенситивной атаксии нижних конечностей
050. Ветвью шейного сплетения является
- а) малый затылочный нерв
 - б) подкрыльцовый нерв
 - в) лучевой нерв
 - г) срединный нерв
051. Ветвью плечевого сплетения является
- а) диафрагмальный нерв
 - б) подкрыльцовый нерв
 - в) надключичный нерв
 - г) большой ушной нерв
052. В состав поясничного сплетения входит
- а) бедренный нерв
 - б) бедренно-половой нерв
 - в) седалищный нерв
 - г) верно а) и б)
 - д) верно а) и в)
053. Малый затылочный нерв образуют волокна спинно-мозговых нервов
- а) С3-С4
 - б) С1-С3
 - в) С2-С4
 - г) С1-С4
054. Бедренный нерв образуют корешки
- а) L3
 - б) L2-L4
 - в) L1-L2
 - г) L1-L4
055. Крестцовое сплетение формируют передние ветви спинно-мозговых нервов
- а) S1-S3
 - б) S1-S5
 - в) L4-S4
 - г) L3-S5
056. Седалищный нерв составляют волокна корешков
- а) S1-S2
 - б) L5-S3
 - в) S2-S3
 - г) L5-S5
057. Малоберцовый нерв составляют волокна корешков
- а) L1-L2
 - б) L2-L3

- в) L1-S2
 - г) L4-S1
058. Надключичный нерв образуют волокна спинно-мозговых нервов
- а) C3-C4
 - б) C2-C4
 - в) C4-C6
 - г) C2-C6
059. Большой ушной нерв образуют волокна спинно-мозговых нервов
- а) C1-C2
 - б) C1-C4
 - в) C3
 - г) C5
060. Диафрагмальный нерв образуют волокна спинно-мозговых нервов
- а) C1-C2
 - б) C2-C3
 - в) C3-C5
 - г) C1-C5
061. При поражении диафрагмального нерва отмечается
- а) затруднение дыхания
 - б) затруднение глотания
 - в) икота
 - г) рвота
 - д) верно а) и в)
 - е) верно а) и б)
062. Подкрыльцовый нерв иннервирует
- а) двуглавую мышцу плеча
 - б) разгибатели предплечья
 - в) дельтовидную мышцу
 - г) все перечисленное
063. При поражении кожно-мышечного нерва отмечается
- а) снижение карпорадиального рефлекса
 - б) ослабление сгибания предплечья
 - в) снижение сгибательно-локтевого рефлекса
 - г) верно а) и б)
 - д) верно б) и в)
064. Поясничное сплетение формируют передние ветви спинно-мозговых нервов
- а) Th12-L4
 - б) L1-L5
 - в) Th11-L5
 - г) L1-L4
065. В большеберцовый нерв входят волокна корешков
- а) L1-L2
 - б) L3-L4
 - в) L4-S3
 - г) L1-S3
066. Компрессионное поражение запирательного нерва сопровождается
- а) болями по наружной поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра
 - б) болями по передней поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра
 - в) болями по задней поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра
 - г) болями по медиальной поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра

067. При параличе Дюшенна - Эрба страдает функция мышц
- а) дельтовидной и трехглавой плеча
 - б) двуглавой и внутренней плеча
 - в) сгибателей кисти
 - г) верно а) и б)
 - д) верно б) и в)
068. Каузалгический болевой синдром наиболее часто встречается при повреждении нерва
- а) срединного
 - б) локтевого
 - в) большеберцового
 - г) малоберцового
 - д) правильно а) и б)
 - е) правильно а) и в)
069. Для паралича Дежерин - Клюмпке характерно нарушение чувствительности
- а) на наружной поверхности плеча
 - б) на внутренней поверхности плеча
 - в) на наружной поверхности предплечья
 - г) на внутренней поверхности предплечья
 - д) верно а) и в)
 - е) верно б) и г)
070. Для поражения лучевого нерва в верхней трети плеча не характерна слабость
- а) разгибателей предплечья
 - б) разгибателей кисти
 - в) мышцы, отводящей 1-й палец
 - г) дельтовидной мышцы
071. Для поражения лучевого нерва на уровне средней трети плеча характерно наличие
- а) паралича разгибателей предплечья
 - б) выпадения рефлекса с трехглавой мышцы
 - в) паралича разгибателей кисти
 - г) верно а) и б)
 - д) верно а) и в)
072. Для поражения локтевого нерва на уровне запястья не является характерным
- а) слабость разгибания и приведения пятого пальца
 - б) нарушение приведения первого пальца
 - в) наличие гипестезии на тыльной поверхности пятого пальца
 - г) наличие парестезии по внутренней поверхности кисти
073. При поражении срединного нерва не возникает
- а) нарушение сгибания 1-го, 2-го и отчасти 3-го пальцев кисти
 - б) нарушение пронации кисти
 - в) слабость разгибателей средних фаланг 2-го и 3-го пальцев кисти
 - г) снижение мышечно-суставного чувства в концевых фалангах 2-го и 3-го пальцев кисти
 - д) атрофии межкостных мышц кисти
074. Для поражения бедренного нерва выше пупартовой связки характерно наличие
- а) гипестезии на передней поверхности бедра
 - б) паралича сгибателей бедра
 - в) паралича разгибателей голени
 - г) всего перечисленного
 - д) верно а) и б)
075. Рефлексы орального автоматизма свидетельствуют о поражении трактов
- а) кортикоспинальных
 - б) кортиконуклеарных
 - в) лобно-мосто-мозжечковых

- г) руброспинальных
076. Для тегментального синдрома не является характерным наличие
- а) атаксии на стороне очага
 - б) тремора, миоклонии на стороне очага
 - в) гемигипестезии на противоположной стороне
 - г) нарушения старт-рефлекса
 - д) птоза, миоза, энофтальма на противоположной очагу стороне
077. Хватательный рефлекс (Янишевского) отмечается при поражении
- а) теменной доли
 - б) височной доли
 - в) лобной доли
 - г) затылочной доли
078. Слуховая агнозия наступает при поражении
- а) теменной доли
 - б) лобной доли
 - в) затылочной доли
 - г) височной доли
079. Децеребрационная ригидность возникает при поражении ствола мозга с уровня
- а) верхних отделов продолговатого мозга
 - б) нижних отделов продолговатого мозга
 - в) красных ядер
 - г) моста мозга
080. Для нижнего синдрома красного ядра (синдром Клода) не является характерным наличие
- а) паралича глазодвигательного нерва на стороне очага
 - б) гемипареза, гемигипестезии на противоположной стороне
 - в) гемиатаксии на противоположной очагу стороне
 - г) гипотонии мышц конечностей на противоположной очагу стороне
 - д) интенционного тремора на противоположной очагу стороне
081. Для альтернирующего синдрома Раймона - Сестана характерно наличие
- а) пареза взора
 - б) паралича глазодвигательного нерва
 - в) паралича отводящего нерва
 - г) спазма мимических мышц
082. Альтернирующий синдром Фовилля характеризуется одновременным вовлечением в патологический процесс нервов
- а) лицевого и отводящего
 - б) лицевого и глазодвигательного
 - в) языкоглоточного нерва и блуждающего
 - г) подъязычного и добавочного
083. Для синдрома яремного отверстия не характерно поражение нерва
- а) языкоглоточного
 - б) блуждающего
 - в) добавочного
 - г) подъязычного
084. Для поражения дорсолатерального отдела продолговатого мозга (альтернирующий синдром Валленберга - Захарченко) не является характерным наличие
- а) паралича мягкого неба, голосовой связки на стороне очага
 - б) атаксии на стороне очага
 - в) сегментарных расстройств чувствительности на лице на стороне очага
 - г) нарушения болевой и температурной чувствительности на противоположной очагу стороне
 - д) гемипареза на противоположной очагу стороне
085. Полушарный парез взора (больной смотрит на очаг поражения) связан с поражением доли

- а) лобной
- б) височной
- в) теменной
- г) затылочной

086. Асимметрия лицевой мускулатуры по типу центрального пареза лицевого нерва на фоне эмоциональных реакций больного (симптом Венсана) наблюдается при нарушении связей между таламусом

- а) и верхними отделами теменной доли
- б) и нижними отделами теменной доли
- в) и височной долей
- г) и лобной долей

087. Апраксия возникает при поражении

- а) лобной доли доминантного полушария
- б) лобной доли недоминантного полушария
- в) теменной доли доминантного полушария
- г) теменной доли недоминантного полушария

088. Расстройство схемы тела отмечается при поражении

- а) височной доли доминантного полушария
- б) височной доли недоминантного полушария
- в) теменной доли доминантного полушария
- г) теменной доли недоминантного полушария

089. Сенсорная афазия возникает при поражении

- а) верхней височной извилины
- б) средней височной извилины
- в) верхнетеменной дольки
- г) нижней теменной дольки

090. К лимбическому отделу больших полушарий мозга не относится

- а) гиппокамп
- б) прозрачная перегородка
- в) поясная извилина
- г) круговая борозда островка
- д) гипоталамус

091. Моторная апраксия в левой руке развивается

- а) при поражении колена мозолистого тела
- б) при поражении ствола мозолистого тела
- в) при поражении утолщения мозолистого тела
- г) при всем перечисленном

092. Сегментарный аппарат симпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов спинного мозга на уровне сегментов

- а) C5-T10
- б) T1-T12
- в) C8-L3
- г) T6-L4

093. Каудальный отдел сегментарного аппарата парасимпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов спинного мозга на уровне сегментов

- а) L4-L5-S1
- б) L5-S1-S2
- в) S1-S3
- г) S2-S4
- д) S3-S5

094. Цилиоспинальный центр расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне сегментов

- а) C6-C7

б)С7-С8

в)С8-Т1

г)Т1-Т2

д)Т2-Т3

095. Особенности нарушения пиломоторного рефлекса имеют топико-диагностическое значение при поражении

а)четверохолмия

б)продолговатого мозга

в)гипоталамуса

г)спинного мозга

096. Интегральная деятельность обоих полушарий головного мозга обеспечивается

а)проекционными волокнами

б)ассоциативными волокнами

в)комиссуральными волокнами

г)ассоциативными полями корковых отделов анализаторов

097. Ассоциативные волокна связывают

а)симметричные части обоих полушарий

б)несимметричные части обоих полушарий

в)кору со зрительным бугром и нижележащими отделами (центробежные и центростремительные пути)

г)различные участки коры одного и того же полушария

098. Астереогноз возникает при поражении

а)язычной извилины теменной доли

б)верхней височной извилины

в)нижней лобной извилины

г)верхней теменной дольки

099. Центральный парез левой руки возникает при локализации очага

а)в верхних отделах передней центральной извилины слева

б)в нижних отделах передней центральной извилины слева

в)в заднем бедре внутренней капсулы

г)в колене внутренней капсулы

д)в среднем отделе передней центральной извилины справа

100. Судорожный припадок начинается с пальцев левой ноги в случае расположения очага

а)в переднем адверсивном поле справа

б)в верхнем отделе задней центральной извилины справа

в)в нижнем отделе передней центральной извилины справа

г)в верхнем отделе передней центральной извилины справа

д)в нижнем отделе задней центральной извилины справа

Ситуационные задачи

1. У пациента 69 лет, страдающего гипертонической болезнью, внезапно, после сна, возникла слепота на левый глаз и слабость в правых конечностях.

Задания:

1. Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно (ПК-5).
2. Определите тактику ведения (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8)
4. Составьте план диспансерного наблюдения за пациентом (ПК-2).

2. Пациентка 72 лет, страдает артериальной гипертензией, постоянную гипотензивную терапию не принимает. Сегодня утром появились неловкость и онемение в правой верхней конечности, асимметрия лица (опущение правого угла рта).

Задания:

1. Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно (ПК-5).
2. Определите тактику ведения (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8)
4. Составьте план диспансерного наблюдения за пациентом (ПК-2).

3. У мужчины 60 лет с длительным стажем курения и гипертонической болезни, утром после сна появилось онемение и слабость в левой нижней конечности. К вечеру слабость в ноге усилилась и постепенно присоединилась неловкость в проксимальном отделе левой верхней конечности.

Задания:

1. Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно (ПК-5).
2. Определите тактику ведения (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8)
4. Составьте план диспансерного наблюдения за пациентом (ПК-2).

4. У пациента с длительным анамнезом гипертонической болезни, ожирением, внезапно на фоне повышения артериального давления развилась слабость в правых конечностях. В неврологическом статусе выявлено: правосторонний центральный гемипарез, периферический парез мимических мышц слева.

Задания:

1. Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно (ПК-5).
2. Определите тактику ведения (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8)
4. Составьте план диспансерного наблюдения за пациентом (ПК-2).

5. Мужчина 59 лет доставлен машиной скорой помощи с улицы, где внезапно утратил сознание. На момент осмотра: сопор, левая щека «парусит» при дыхании, левая нога ротирована наружу, симптом Бабинского слева, ригидность затылочных мышц.

Задания:

1. Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно (ПК-5).
2. Определите тактику ведения (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8)
4. Составьте план диспансерного наблюдения за пациентом (ПК-2).

6. Мужчина 60 лет с ИБС, нестабильным течением гипертонической болезни, доставлен машиной скорой помощи в стационар с симптомами: центральный гемипарез и гемигипестезия справа, птоз слева, расходящееся косоглазие слева, зрачки $S>D$.

Задания:

1. Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно (ПК-5).
2. Определите тактику ведения (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8)
4. Составьте план диспансерного наблюдения за пациентом (ПК-2).

7. Женщина 65 лет, страдающая пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, доставлена в стационар с симптомами: центральный монопарез правой руки, центральный парез языка справа, частичная моторная афазия.

Задания:

1. Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно (ПК-5).
2. Определите тактику ведения (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8)
4. Составьте план диспансерного наблюдения за пациентом (ПК-2).

8. Женщина 57 лет, доставлена в стационар с жалобами на головокружение, шаткость при ходьбе. В неврологическом статусе: нистагм, неустойчивость в позе Ромберга, при выполнении координаторных проб – выраженный интенционный тремор в левых конечностях.

Задания:

1. Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно (ПК-5).
2. Определите тактику ведения (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8)
4. Составьте план диспансерного наблюдения за пациентом (ПК-2).

9. Мужчина 68 лет, страдающий пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, внезапно ослеп на оба глаза. При осмотре других неврологических симптомов не выявилось.

Задания:

1. Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно (ПК-5).
2. Определите тактику ведения (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8)
4. Составьте план диспансерного наблюдения за пациентом (ПК-2).

10. Женщина 79 лет с длительным анамнезом гипертонической болезни доставлена в отделение реанимации с симптомами: правосторонняя гемиплегия, правосторонняя гемигипестезия, сенсомоторная афазия.

Задания:

1. Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно (ПК-5).
2. Определите тактику ведения (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8)
4. Составьте план диспансерного наблюдения за пациентом (ПК-2).

11. Мужчина 64 лет, проснувшись утром, не смог открыть правый глаз. Подойдя к зеркалу, увидел, что правое веко опущено, подняв его, почувствовал двоение в глазах, заметил косоглазие. Также ощутил слабость в левых конечностях.

Задания:

1. Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно (ПК-5).
2. Определите тактику ведения (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8)
4. Составьте план диспансерного наблюдения за пациентом (ПК-2).

МОДУЛЬ: МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В НЕВРОЛОГИИ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-5

001. Ликвородинамическая проба Пуссера вызывается

а) сдавлением шейных вен

б) давлением на переднюю брюшную стенку

в) наклоном головы вперед

г) разгибанием ноги, предварительно согнутой в коленном и тазобедренном суставах

002. Характерными для больных невралгией тройничного нерва являются жалобы

а) на постоянные ноющие боли, захватывающие половину лица

- б) на короткие пароксизмы интенсивной боли, провоцирующиеся легким прикосновением к лицу
- в) на приступы нарастающей по интенсивности боли в области глаза, челюсти, зубов, сопровождающиеся усиленным слезо- и слюноотечением
- г) на длительные боли в области орбиты, угла глаза, сопровождающиеся нарушением остроты зрения
003. В случае отсутствия блока субарахноидального пространства при пробе Квеккенштедта давление спинномозговой жидкости повышается
- а) в 10 раз
- б) в 6 раз
- в) в 4 раза
- г) в 2 раза
004. Содержание хлоридов в спинномозговой жидкости в норме колеблется в пределах
- а) 80-110 ммоль/л
- б) 40-60 ммоль/л
- в) 200-260 ммоль/л
- г) 120-130 ммоль/л
005. Для неосложненного застойного диска зрительного нерва характерно
- а) гиперемия, стертость границ диска
- б) раннее снижение зрительной функции
- в) сужение границ поля зрения
- г) верно а) и б)
- д) верно а) и в)
006. Эпидемиологический анамнез важен при подозрении
- а) на менингококковый менингит
- б) на герпетический менингоэнцефалит
- в) на грибковый менингит
- г) на менингит, вызванный синегнойной палочкой
007. Для болезни Реклингхаузена характерно появление на коже
- а) папулезной сыпи
- б) телеангиэктазий
- в) "кофейных" пятен
- г) витилиго
- д) розеолезной сыпи
008. Рефлекс Чеддока (патологический стопный рефлекс разгибательного типа) вызывают
- а) сдавлением икроножной мышцы
- б) сдавлением ахиллова сухожилия
- в) штриховым раздражением подошвы
- г) штриховым раздражением кожи наружной лодыжки
009. Односторонний пульсирующий экзофтальм является признаком
- а) ретробульбарной опухоли орбиты
- б) тромбоза глазничной артерии
- в) каротидно-кавернозного соустья
- г) супраселлярной опухоли гипофиза
- д) арахноидэндотелиомы крыла основной кости
010. Для исследования проходимости субарахноидального пространства с помощью пробы Квеккенштедта следует
- а) сильно наклонить голову больного вперед
- б) сдавить яремные вены
- в) надавить на переднюю брюшную стенку
- г) наклонить голову больного назад

- д)любой маневр удовлетворяет условиям данной пробы
- 011.Для выявления амнестической афазии следует
- а)проверить устный счет
 - б)предложить больному назвать окружающие предметы
 - в)предложить больному прочитать текст
 - г)убедиться в понимании больным обращенной речи
- 012.Для выявления конструктивной апраксии следует предложить больному
- а)поднять руку
 - б)коснуться правой рукой левого уха
 - в)сложить заданную фигуру из спичек
 - г)выполнить различные движения по подражанию
- 013.Для выявления асинергии с помощью пробы Бабинского следует предложить больному
- а)коснуться пальцем кончика носа
 - б)осуществить быструю пронацию-супинацию вытянутых рук
 - в)сесть из положения лежа на спине со скрещенными на груди руками
 - г)стоя, отклониться назад
- 014.Двусторонний экзофтальм является признаком
- а)гиперпродукции тиреотропного гормона
 - б)опухоли перекреста зрительных нервов
 - в)роста краниофарингиомы вперед и вверх (в сторону передних клиновидных отростков турецкого седла)
 - г)всего перечисленного
 - д)верно б) и в)
- 015.Непарное заднее ядро глазодвигательного нерва (ядро Перлиа) обеспечивает реакцию зрачка
- а)на свет
 - б)на болевое раздражение
 - в)на конвергенцию
 - г)на аккомодацию
- 016.Проведение отоневрологической калорической пробы противопоказано
- а)при остром нарушении мозгового кровообращения
 - б)при внутричерепной гипертензии
 - в)при коматозном состоянии
 - г)при перфорации барабанной перепонки
 - д)при всем перечисленном
- 017.Походка с раскачиванием туловища из стороны в сторону характерна для больного
- а)с фуникулярным миелозом
 - б)с дистальной моторной диабетической полинейропатией
 - в)с невральной амиотрофией Шарко - Мари
 - г)с прогрессирующей мышечной дистрофией
 - д)с мозжечковой миоклонической диссинергией Ханта
- 018.Интенционное дрожание и промахивание при выполнении пальце-носовой пробы характерно
- а)для статико-локомоторной атаксии
 - б)для динамической атаксии
 - в)для лобной атаксии
 - г)для сенситивной атаксии
- 019.Для выявления сенситивной динамической атаксии следует попросить больного
- а)осуществить фланговую походку
 - б)стать в позу Ромберга с закрытыми глазами
 - в)стоя, отклониться назад
 - г)пройти с закрытыми глазами
- 020.Разрушение вершины пирамиды височной кости с четкими краями дефекта ("отрубленная" пирамида) является характерным рентгенологическим признаком

- а) невриномы слухового нерва
 - б) невриномы тройничного нерва
 - в) холестеатомы мостомозжечкового угла
 - г) всех перечисленных новообразований
021. Выпадение верхних (или нижних) половин полей зрения обоих глаз характерно для поражения
- а) ретробульбарных отрезков обоих зрительных нервов
 - б) перекреста зрительных нервов
 - в) шпорной борозды обеих затылочных долей
 - г) верно а) и б)
 - д) верно б) и в)
022. Приступы побледнения кожи кончиков пальцев с последующим цианозом характерны
- а) для полиневропатии Гийена - Барре
 - б) для болезни (синдрома) Рейно
 - в) для синдрома Толоза - Ханта
 - г) для гранулематоза Вегенера
023. Для вызывания нижнего менингеального симптома Брудзинского
- а) сгибают голову больного вперед
 - б) надавливают на область лонного сочленения
 - в) выпрямляют согнутую под прямым углом в коленном и тазобедренном суставах ногу больного
 - г) сдавливают четырехглавую мышцу бедра
024. При оценке дермографизма следует учитывать, что в норме
- а) красный дермографизм более отчетливо определяется на коже верхней части туловища
 - б) красный дермографизм более отчетливо определяется на коже нижних конечностей
 - в) белый дермографизм более отчетливо определяется на коже верхней части туловища
 - г) белый дермографизм более отчетливо определяется на коже нижних конечностей
 - д) верно а) и г)
 - е) верно б) и в)
025. Особенности топографии нарушения пиломоторного рефлекса имеют топико-диагностическое значение при поражении
- а) четверохолмия
 - б) продолговатого мозга
 - в) гипоталамуса
 - г) спинного мозга
026. В норме учащение пульса при исследовании вегетативных рефлексов вызывает проба
- а) Ашнера (глазосердечный рефлекс)
 - б) клиностатическая
 - в) ортостатическая
 - г) шейно-сердечная (синокаротидный рефлекс)
027. Рассасывание физиологического раствора при пробе Олдрича замедлено
- а) при повышении тонуса симпатической нервной системы
 - б) при повышении тонуса парасимпатической нервной системы
 - в) при снижении тонуса симпатической нервной системы
 - г) верно б) и в)
028. Для выявления нарушения дискриминационной чувствительности следует проверить, способен ли больной определить
- а) место прикосновения при нанесении раздражения на различные участки тела
 - б) рисуемые на коже цифры, буквы, простые фигуры
 - в) два одновременно наносимых раздражения на близко расположенных участках поверхности тела
 - г) на ощупь знакомые предметы
029. Для пирамидной спастичности характерно преимущественное повышение тонуса в мышцах

- а) сгибателях и пронаторах рук и разгибателях ног
 - б) сгибателях ног и разгибателях рук
 - в) сгибателях и разгибателях рук и ног равномерно
 - г) повышение тонуса в агонистах сочетается со снижением тонуса в антагонистах
030. Продолжительность калорического нистагма при экспериментальной отоневрологической пробе в норме составляет
- а) 30 с
 - б) 60 с
 - в) 120 с
 - г) 140 с
031. Дугообразная деструкция пирамиды височной кости и сопутствующие штриховые дугообразные петрификаты являются характерным рентгенологическим признаком
- а) невриномы слухового нерва
 - б) холестеатомы мостомозжечкового угла
 - в) невриномы тройничного нерва
 - г) опухолеомы тройничного (гассерова) узла
 - д) всех перечисленных объемных образований
032. Координаторная синкинезия при произвольных движениях здоровых мышц характеризуется появлением в паретичных мышцах
- а) физиологически адекватных движений
 - б) хореоатетонидных гиперкинезов
 - в) мышечной ригидности
 - г) произвольных сокращений с физиологически неадекватным движением
033. Продолжительность поствращательного нистагма при экспериментальной пробе в кресле Барани в норме составляет
- а) 30 с
 - б) 60 с
 - в) 5 с
 - г) 120 с
034. При повреждении наружных участков перекреста зрительных нервов периметрия выявляет
- а) одностороннюю гомонимную гемианопсию
 - б) нижнеквadrантную гемианопсию
 - в) битемпоральную гемианопсию
 - г) биназальную гемианопсию
 - д) верхнеквadrантную гемианопсию
035. В норме уровень гематокрита у женщин равен
- а) 0.36-0.42 /л (36-42%)
 - б) 0.12-0.26 /л (12-26%)
 - в) 0.56-0.68 /л (56-68%)
 - г) 0.78-0.96 /л (78-96%)
036. Основным патологическим рефлексом сгибательного типа является рефлекс
- а) Бабинского
 - б) Оппенгейма
 - в) Россолимо
 - г) Гордона
 - д) Чеддока
037. Контрастное усиление при компьютерной томографии мозга применяют в случаях, если необходимо
- а) выявить отек мозга, сопутствующий инсульту
 - б) установить геморрагическое пропитывание очага ушиба мозга
 - в) определить геморрагический инфаркт мозга

- г) оценить состояние гематоэнцефалического барьера независимо от характера церебрального процесса
038. Диагностические возможности компьютерной томографии головы определяются тем, что при этом методе рентгенологического исследования
- а) четко выявляются различия между костной тканью черепа и мозга
 - б) визуализируются сосуды мозга и оболочек
 - в) можно сравнить показатели поглощения рентгеновских лучей разными структурами мозга
 - г) легко определяются петрификаты в ткани мозга
039. Компьютерная томография головного мозга противопоказана в случае, если
- а) у больного с инсультом диагностирован инфаркт миокарда
 - б) у больного с черепно-мозговой травмой появились признаки поражения ствола
 - в) у больного с опухолью задней черепной ямки появился синдром Гертвига - Мажанди
 - г) верно все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
040. Для выявления патологических процессов в задней черепной ямке целесообразно применить
- а) компьютерную томографию
 - б) компьютерную томографию с контрастированием
 - в) магнитно-резонансную томографию
 - г) позитронно-эмиссионную томографию
 - д) все методы одинаково информативны
041. Разрешающая способность компьютерной томографии мозга имеет ограничения и не позволяет определить КТ-контрастные патологические очаги в мозге диаметром менее
- а) 1.5+1.5 мм
 - б) 2.5+2.5 мм
 - в) 3.5+3.5 мм
 - г) 4.5+4.5 мм
042. Для изменений ликвора при вирусных энцефалитах не характерно наличие
- а) лимфоцитарного плеоцитоза
 - б) увеличения содержания белка
 - в) увеличения содержания глюкозы и хлоридов
 - г) верно а) и б)
 - д) верно б) и в)
043. Характерным электроэнцефалографическим признаком очаговых некротических повреждений головного мозга при герпетическом энцефалите является
- а) диффузное снижение вольтажа волн
 - б) появление d- и q-волн
 - в) наличие пиков (спайков) и острых волн
 - г) наличие асимметричных гигантских волн
 - д) наличие сонных веретен
044. Разрешающая способность компьютерной томографии по определению разницы плотности разных тканей позволяет отличить
- а) ткань мозга и желудочки
 - б) ткань мозга и мозговые сосуды
 - в) ткань серого и белого вещества
 - г) все перечисленное
 - д) верно а) и в)
045. Симптом "вклинивания" при проведении люмбальной пункции у больного с объемным спинальным процессом характеризуется
- а) усилением корешковых болей при сдавлении шейных вен
 - б) нарастанием неврологической симптоматики при давлении на переднюю брюшную стенку
 - в) усилением корешковых болей при сгибании головы к груди
 - г) нарастанием неврологической симптоматики после пункции

046. При полной блокаде субарахноидального пространства на грудном уровне нарастание ликворного давления отмечается при пробе
- а) Квеккенштедта
 - б) Стукея
 - в) Пуссепа
 - г) верно б) и в)
 - д) верно а) и в)
047. Ликворологическое исследование противопоказано даже при отсутствии признаков интракраниальной гипертензии, если подозревается
- а) невринома III в I (отиатрической) стадии клинического течения
 - б) невринома III во II (отоневрологической) стадии клинического течения
 - в) опухоль височной доли
 - г) опухоль лобной доли
048. Значительное снижение уровня сахара в спинномозговой жидкости (до 0.1 г/л) характерно для менингита, вызванного
- а) вирусами гриппа
 - б) пневмококком
 - в) вирусом паротита
 - г) туберкулезной палочкой
049. Решающее значение в диагностике менингита имеет
- а) острое начало заболевания с повышением температуры
 - б) острое начало заболевания с менингеальным синдромом
 - в) изменение спинномозговой жидкости
 - г) синдром инфекционно-токсического шока
050. При повреждении внутренних участков перекреста зрительных нервов периметрия выявляет
- а) одностороннюю гомонимную гемианопсию
 - б) нижнеквадрантную гемианопсию
 - в) битемпоральную гемианопсию
 - г) биназальную гемианопсию
 - д) верхнеквадрантную гемианопсию
051. Ликворологическими признаками, отличающими церебральный цистицеркоз от эхинококкоза, является
- а) повышение давления цереброспинальной жидкости
 - б) лимфоцитарно-моноцитарный плеоцитоз
 - в) наличие в ликворе эозинофилов
 - г) наличие в ликворе базофилов
052. Прорыв абсцесса в ликворные пути можно диагностировать на основании появления у больного
- а) высокой температуры
 - б) менингеального синдрома
 - в) мутной спинномозговой жидкости при пункции
 - г) всего перечисленного
 - д) верно а) и б)
053. Ранней диагностике поражения нервной системы при СПИДе способствует выявление в церебральной жидкости
- а) нарастания титра ВИЧ-антител
 - б) высокого лимфоцитарного плеоцитоза
 - в) повышения содержания иммуноглобулина G
 - г) верно а) и в)
 - д) верно а) и б)
054. Для подтверждения распространения воспалительного процесса на спинной мозг при гнойном эпидурите грудного отдела применяют следующие методы исследования, за исключением

- а) ревизии субарахноидального пространства
- б) люмбальной пункции
- в) нисходящей миелографии
- г) компьютерной томографии
- д) магнитно-резонансной томографии

055. Компьютерная томография выявляет зону гиподенсивности в очаге ишемического инсульта через

- а) 1 ч от начала заболевания
- б) 2 ч от начала заболевания
- в) 4 ч от начала заболевания
- г) 6 ч и более от начала заболевания

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

- а) 1 ч от начала кровоизлияния
- б) 3 ч от начала кровоизлияния
- в) 6 ч от начала кровоизлияния
- г) 12 ч от начала кровоизлияния
- д) 24 ч от начала кровоизлияния

057. Признак изоэлектрической линии при эхоэнцефалографии при лобно-затылочной локации характерен

- а) для объемного процесса субтенториальной локализации
- б) для коматозного состояния
- в) для опухоли гипофиза
- г) для отравления барбитуратами

058. Наиболее высоким уровнем накопления изотопа при проведении радионуклидной g-сцинтиграфии отличаются

- а) менингиомы
- б) краниофарингиомы
- в) аденомы гипофиза
- г) невриномы III нерва
- д) астроцитомы

059. Решающая роль в диагностике смерти мозга из перечисленных методов обследования отводится

- а) электроэнцефалографии
- б) компьютерной томографии
- в) ангиографии
- г) эхоэнцефалографии

060. Для правильного проведения пробы с гипервентиляцией при записи ЭЭГ больной должен делать в минуту глубоких вдохов

- а) 10-15
- б) 16-20
- в) 20-24
- г) 25-30

061. Проба с гипервентиляцией при регистрации ЭЭГ проводится с целью вызвать

- а) гипоксию и гипокапнию
- б) гипероксию и гипокапнию
- в) гипоксию и гиперкапнию
- г) гипероксию и гиперкапнию

062. При локализации опухоли в глубинных отделах полушария головного мозга очаговые изменения электрической активности головного мозга наблюдаются в виде

а) высокоамплитудных колебаний, распространяющихся на несколько областей коры противоположного очагу полушария

б)низкоамплитудных колебаний, локализующихся в одной из областей коры гомолатерального очагу полушария

в)высокоамплитудных колебаний, распространяющихся по нескольким областям коры гомолатерального очагу полушария

г)высокоамплитудных колебаний, распространяющихся по нескольким областям коры как больного, так и здорового полушария

д)низкоамплитудных колебаний, распространяющихся по нескольким областям коры гомолатерального очагу полушария

063.Противопоказанием для проведения магнитно-резонансной томографии является

а)аллергия к йоду

б)открытая черепно-мозговая травма

в)выраженная внутрочерепная гипертензия

г)наличие инородных металлических тел

д)кровоизлияние в опухоль мозга

064.Анализ крови при гепатоцеребральной дистрофии выявляет

а)нейтрофильный лейкоцитоз

б)лимфоцитоз

в)ускорение СОЭ

г)снижение гемоглобина

д)тромбоцитопению

065.Анализ крови при эритремии выявляет

а)замедление СОЭ до 1-2 мм/ч

б)тромбоцитопению

в)снижение вязкости крови

г)все перечисленное

д)верно а) и в)

066.В норме при пробе Стукея давление ликвора повышается

а)в 1.5 раза

б)в 3 раза

в)в 6 раз

г)в 8.5 раз

067.При синдроме Иценко - Кушинга в крови определяется повышенное содержание

а)пролактина

б)кортикотропина

в)соматостатина

г)тиреотропина

068.При диагностике абсцесса головного мозга из контрольных методов исследования получить прямое изображение патологического очага округлой формы можно с помощью

а)пневмоэнцефалографии

б)вентрикулографии

в)ангиографии

г)g-сцинтиграфии

д)всего перечисленного

069.Радиоизотопная g-сцинтиграфия головы малоинформативна

а)при арахноидэндотелиомах

б)при менингосаркомах

в)при доброкачественных глиомах

г)при метастатических опухолях

070.Патологическим ритмом ЭЭГ считается

а)а-ритм амплитудой до 100 мкВ

б)b-ритм амплитудой до 15 мкВ

в)q-ритм амплитудой свыше 40 мкВ

- г)т-ритм амплитудой до 50 мкВ
071. В норме давление ликвора в положении сидя равно
- а) 110-180 мм вод. ст.
 - б) 280-310 мм вод. ст.
 - в) 220-260 мм вод. ст.
 - г) 160-220 мм вод. ст.
072. При проведении числовой субтракционной ангиографии в отличие от классической ангиографии
- а) контрастное вещество не используют
 - б) контрастное вещество вводят в вену
 - в) используют меньшее количество рентгеновской пленки
 - г) верно б) и в)
073. При отстаивании ликвора больного туберкулезным менингитом через 12-24 ч может быть обнаружена
- а) опалесценция
 - б) фибриновая пленка
 - в) ксантохромия
 - г) верно а) и б)
074. Спондилография наименее информативна при локализации спинальной опухоли
- а) интрамедуллярно
 - б) субдурально
 - в) эпидурально
 - г) эпидурально-экстравертебрально
075. Синдром Клиппеля - Фейля характеризуется на рентгенограммах признаками
- а) краниостеноза
 - б) платибазии
 - в) остеопороза турецкого седла
 - г) выступанием зуба второго шейного позвонка в область проекции задней черепной ямки
 - д) срастанием нескольких шейных позвонков
076. Содержание глюкозы в ликворе здорового человека колеблется в пределах
- а) 1.2-2.2 ммоль/л
 - б) 2.5-4.4 ммоль/л
 - в) 3.6-5.2 ммоль/л
 - г) 2.6-5.2 ммоль/л
 - д) 0.8-5.2 ммоль/л
077. Для коматозного состояния не характерно
- а) снижение сухожильных рефлексов
 - б) двусторонний симптом Бабинского
 - в) угнетение брюшных рефлексов
 - г) угнетение зрачковых реакций
 - д) целенаправленные защитные реакции
078. Нормальным слухом считается восприятие шепота с расстояния
- а) 2-3 метра
 - б) 3-4 метра
 - в) 6-7 метров
 - г) 10 метров и более
079. При исследовании крови больных фуникулярным миелозом отмечается
- а) гипохромия
 - б) гиперхромия
 - в) микроцитоз
 - г) верно а) и в)
 - д) верно б) и в)

080. Электронистагмографию можно проводить
- а) при ясном сознании
 - б) при оглушении
 - в) при сопоре
 - г) при коме
 - д) при любом уровне сознания
081. Электрическую активность отдельных мышечных волокон при проведении электромиографии можно зарегистрировать с помощью
- а) поверхностных электродов
 - б) игольчатых электродов
 - в) мультиполярных электродов
 - г) всего перечисленного
 - д) верно б) и в)
082. Офтальмоскопический синдром Фостера - Кеннеди характеризуется наличием признаков
- а) атрофии диска зрительного нерва на стороне поражения в сочетании с застойным диском на противоположной очагу стороне
 - б) застойных дисков с двух сторон
 - в) атрофии дисков зрительных нервов с двух сторон
 - г) застойного диска в сочетании с атрофией на стороне очага поражения
083. Для наблюдения за динамикой ангиоспазма у больного со спонтанным субарахноидальным кровоизлиянием наиболее целесообразно использовать
- а) ангиографию
 - б) реоэнцефалографию
 - в) компьютерную томографию
 - г) транскраниальную ультразвуковую доплерографию
084. Симптом Элсберга - Дайка (атрофия корней дужек позвонков и увеличение расстояния между ними на спондилограммах) наиболее характерен
- а) для дисгормональной спондилопатии
 - б) для миеломной болезни
 - в) для болезни Педжета
 - г) для экстрамедуллярной опухоли
085. К ликвородинамическим относятся следующие диагностические пробы, кроме
- а) Квеккенштедта
 - б) Пуссепа
 - в) Стукея
 - г) Мак-Клюра - Олдрича
086. Исследование плазмы больного гепатоцеребральной дистрофией выявляет
- а) повышение уровня церулоплазмينا и гипокупремию
 - б) понижение уровня церулоплазмينا и гиперкупремию
 - в) повышение уровня церулоплазмينا и гиперкупремию
 - г) понижение уровня церулоплазмينا и гипокупремию
087. Метод тромбозластографии определяет
- а) вязкость крови
 - б) гематокрит
 - в) скорость свертываемости крови
 - г) содержание фибриногена
 - д) все перечисленное
088. Время кровотечения (способ Дуке) у здорового человека не превышает
- а) 8 мин
 - б) 4 мин
 - в) 10 мин
 - г) 2 мин

089. Противопоказанием для проведения нисходящей миелографии является
- а) синдром компрессии конского хвоста
 - б) опухоль краниоспинальной локализации
 - в) компрессионная радикуломиелоишемия
 - г) кистозно-слипчивый арахноидит в верхнегрудном отделе спинального субарахноидального пространства
090. Наиболее информативным методом дополнительного исследования для диагностики опухоли ствола мозга является
- а) компьютерная томография
 - б) магнитно-резонансная томография
 - в) электроэнцефалография
 - г) радионуклидная g-сцинтиграфия
091. В норме клиностагическая проба вызывает
- а) замедление пульса на 6-10 ударов в минуту
 - б) учащение пульса на 6-10 ударов в минуту
 - в) замедление пульса на 14-20 ударов в минуту
 - г) учащение пульса на 14-20 ударов в минуту
092. У здорового человека наклон головы назад в положении стоя (проба Ортнера) вызывает
- а) учащение пульса более, чем на 10 ударов в минуту
 - б) замедление пульса не более, чем на 10 ударов в минуту
 - в) учащение пульса не более, чем на 10 ударов в минуту
 - г) замедление пульса более, чем на 10 ударов в минуту
093. При компьютерно-томографической диагностике рассеянного склероза следует учитывать, что нехарактерной локализацией бляшек является
- а) перивентрикулярное белое вещество
 - б) субкортикальное белое вещество
 - в) мост мозга
 - г) мозжечок
094. Решающее значение в диагностике внутричерепных аневризм имеет
- а) g-сцинтиграфия
 - б) ангиография
 - в) компьютерная томография
 - г) доплеросонография
 - д) реоэнцефалография
095. Исследование клеточного иммунитета при ВИЧ-инфекции выявляет
- а) снижение числа Т-хелперов
 - б) повышение числа Т-супрессоров
 - в) снижение числа Т-киллеров
 - г) повышение числа В-лимфоцитов
 - д) повышение числа Т-хелперов
096. Компьютерная томография головного мозга не позволяет
- а) дифференцировать гистологическую структуру опухоли
 - б) дифференцировать серое и белое вещество мозга
 - в) определить состояние ликворных путей
 - г) определить области ишемии и кровоизлияния
 - д) определить зону перифокального отека
097. Уменьшение "ореола свечения" при диафаноскопии характерно
- а) для наружной гидроцефалии
 - б) для гидроанэнцефалии
 - в) для внутренней гидроцефалии на начальном этапе
 - г) для сообщающейся гидроцефалии
098. Усиление пальцевых вдавлений на рентгенограммах черепа свидетельствует

- а) об окклюзионной открытой гидроцефалии
- б) об окклюзионной закрытой гидроцефалии
- в) о внутричерепной гипотензии
- г) верно а) и б)
- д) верно все перечисленное

099. Методом наиболее ранней диагностики ишемического инсульта является

- а) классическая электроэнцефалография
- б) реоэнцефалография
- в) компьютерная томография
- г) магнитно-резонансная томография
- д) позитронно-эмиссионная томография

100. В норме верхний край зуба 2-го шейного позвонка расположен выше линии, соединяющей твердое небо с задним краем большого затылочного отверстия

- а) на 1-2 мм
- б) на 3-4 мм
- в) на 4-5 мм
- г) на 6-7 мм

Ситуационные задачи

1. Женщина 47 лет, работающая в регистратуре районной поликлиники, страдает кардиомиопатией ревматического генеза, постоянной формой фибрилляции предсердий. Во время работы, упала из-за внезапно развившейся слабости в левых конечностях. Осмотревший ее врач невролог поликлиники выявил левосторонний гемипарез, левостороннюю гемигипестезию и гемиянопсию.

Задания:

1. Составьте план обследований, на основании которого можно поставить клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

2. 55-ти летний мужчина 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. Составьте план обследований, на основании которого можно поставить клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

3. 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. Составьте план обследований, на основании которого можно поставить клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

4. 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 Нг, фибрилляция предсердий 120 ударов в минуту. Неврологически: сглажена правая носогубная складка, язык девирует вправо, парез правой руки до 3х баллов, глубокие рефлексy D>S, симптом Бабинского справа.

Задание:

1. Составьте план обследований, на основании которого можно поставить клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

5. 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. Составьте план обследований, на основании которого можно поставить клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

6. Мужчина 54х лет, работает преподавателем в ВУЗе, вызвал скорую помощь, так как внезапно у него нарушилось зрение на правом глазу, и возникла слабость и онемение в левых конечностях. К моменту приезда скорой помощи (через 20 минут), жалобы прошли. Пациент рассказал, что это уже третий эпизод за последние полгода. При объективном осмотре: общее состояние удовлетворительное; зрение на оба глаза в норме. В неврологическом статусе: глубокие рефлексy S>=D, другой неврологической симптоматики не выявлено.

Задание:

1. Составьте план обследований, на основании которого можно поставить клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

7. Студент медицинского университета, по ночам работает медицинским братом в бригаде «скорой помощи», помогает матери-инвалиду воспитывать младшую сестру. Последнее время заметил ослабление памяти, из-за чего стал хуже учиться. Также жалуется на повышенную раздражительность, непостоянную головную боль, плохой сон, плохое настроение, повышенную утомляемость, периодическое сердцебиение. При клиническом и лабораторном обследовании признаков поражения нервной системы и внутренних органов не выявлено.

Задание:

1. Составьте план обследований, на основании которого можно поставить клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

8. Больная 67 лет обратилась в поликлинику с жалобами на нарушение памяти, частые головные боли, головокружение, периодическое поперхивание при еде, иногда испытывает неустойчивость при ходьбе, начала пользоваться палочкой. Данные жалобы появились около 3х лет назад и постепенно прогрессировали. Много лет страдает гипертонической болезнью, лечится нерегулярно. Объективно выявляется легкая дисфония и дизартрия, язык слегка девирует вправо, атрофий в языке нет. Выраженные симптомы орального автоматизма.

Задание:

1. Составьте план обследований, на основании которого можно поставить клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

9. Дочь привела на осмотр к неврологу свою 78летнюю мать. Мама жалоб не предъявляет, но дочь рассказала, что последний год мама перестала выполнять обычную повседневную работу по дому, недавно забыла выключить газ на плите, а вчера ушла из дому, никого не предупредив, и была найдена на соседней улице через 2 часа. Со слов дочери нарушения памяти отмечаются в течении 5-6ти лет, она потеряла интерес к окружающему миру. При осмотре врач обнаружил грубые нарушения памяти, признаки псевдобульбарного синдрома и легкие нарушения равновесия.

Задания:

1. Составьте план обследований, на основании которого можно поставить клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

10. Пациент 74х лет в течение 20ти лет страдает гипертонической болезнью. Вечером при просмотре новостной программы по телевизору, появились головокружение, тошнота, слабость и онемение в левых конечностях. Внучка измерила АД – 190/110 мм.рт.ст., дала таблетку «от давления». Ночью жалобы продолжали беспокоить, и внучка вызвала скорую помощь. В приемном отделении больницы врач выявил: общее самочувствие удовлетворительное, ЧСС 72 в 1 мин., ритм синусовый, горизонтальный нистагм, неустойчивость в позе Ромберга, левосторонний центральный гемипарез до 4 баллов. Менингеальных симптомов нет.

Задания:

1. Составьте план обследований, на основании которого можно поставить клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

11. Мужчина 64-х лет, утром после сна заметил затруднение в подборе слов, «онемение» в правой руке. Через 1,5 часа пришел участковый врач и определил нарушения речи (пациент понимал все, что ему говорили, выполнял задания, но отвечал с трудом, ошибался в произношении слов), движения в правой руке были неловкие, сила в ней снижена. АД- 130/70 мм.рт.ст. (обычное для пациента). На ЭКГ, выполненной на дому, ЧСС 68 в мин., ритм синусовый, выявлены признаки диффузного кардиосклероза.

Задания:

1. Составьте план обследований, на основании которого можно поставить клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

МОДУЛЬ: ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-8

001. Для уменьшения процессов свободно-радикального окисления в раннем периоде черепно-мозговой травмы применяется

- а) а-токоферола ацетат
- б) аскорбиновая кислота
- в) дексаметазон
- г) фенобарбитал

- д)все перечисленное
е)верно а) и б)
- 002.В связи с меньшим влиянием на электролитный баланс для лечения отека мозга при тяжелой черепно-мозговой травме следует применять
- а)гидрокортизон
 - б)преднизолон
 - в)дексаметазон
 - г)кортизон
- 003.Для коррекции падения сердечной деятельности при острой тяжелой черепно-мозговой травме целесообразно назначение
- а)адреналина
 - б)норадреналина
 - в)мезатона
 - г)дофамина
- 004.Наиболее эффективными корректорами гиперметаболизма при тяжелой черепно-мозговой травме являются
- а)ингибиторы MAO
 - б)трициклические антидепрессанты
 - в)нейролептики
 - г)барбитураты
 - д)все перечисленные препараты
- 005.Чтобы купировать психомоторное возбуждение при тяжелой черепно-мозговой травме, применяют
- а)диазепам
 - б)аминазин
 - в)пропазин
 - г)гексенал
 - д)любой из перечисленных препаратов
- 006.Гиперактивацию симпатoadреналовой системы в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы подавляют
- а)нейролептиками
 - б)антидепрессантами
 - в)барбитуратами
 - г)всеми перечисленными препаратами
 - д)верно а) б)
- 007.Из перечисленных антибиотиков наибольшей способностью проникать через ГЭБ обладает
- а)цефалексин
 - б)клиндамицин
 - в)рифампицин
 - г)цефтриаксон
- 008.Для лечения гиперосмолярного синдрома при тяжелой черепно-мозговой травме не следует применять
- а)маннитол
 - б)реополиглюкин
 - в)полиглюкин
 - г)альбумин
 - д)5% раствор глюкозы
- 009.При тяжелой черепно-мозговой травме преимущественное дегидратирующее действие по отношению к участкам мозга с отеком, чем без отека, оказывает
- а)маннитол
 - б)глицерин
 - в)лазикс

- г)альбумин
- 010.Для коррекции дефицита дофаминергической активности при выходе из острейшего периода тяжелой черепно-мозговой травмы (апатический или акинето-ригидный синдром) назначают
- а)циклодол
 - б)пирацетам
 - в)энцефабол
 - г)галоперидол
 - д)наком
- 011.К "дневным" транквилизаторам относится
- а)мидазолам (флормидал)
 - б)нитразепам (эуноктин)
 - в)диазепам (реланиум)
 - г)тофизепам (грандаксин)
- 012.Ноотропные средства при черепно-мозговой травме можно применять
- а)спустя 3 дня после травмы
 - б)спустя неделю после травмы
 - в)в резидуальном периоде
 - г)в любые сроки
 - д)правильно б) и в)
- 013.Для угнетения гиперактивности вестибуловегетативных рефлексов в остром периоде черепно-мозговой травмы назначают
- а)анаприлин
 - б)беллатаминал
 - в)метаклопрамид
 - г)верно все перечисленное
 - д)верно б) и в)
- 014.При аллергии к пенициллину не следует назначать
- а)гентамицин
 - б)ампиокс
 - в)биомицин
 - г)левомицетин
 - д)морфоциклин
- 015.Необходимым условием начала лечения больного с тяжелой черепно-мозговой травмой является
- а)введение в вену кардиотонических средств
 - б)введение в вену антигипертензивных средств
 - в)освобождение дыхательных путей от инородных тел
 - г)верно а) и б)
- 016.При лечении тяжелой черепно-мозговой травмы в остром периоде для коррекции метаболического ацидоза показана внутривенная инфузия
- а)5% раствора глюкозы
 - б)4% раствора бикарбоната натрия
 - в)раствора поляризующей смеси
 - г)верно а) и б)
 - д)верно б) и в)
- 017.При комбинированной черепно-мозговой травме для лечения артериальной гипотензии в результате кровопотери предпочтение отдается назначению
- а)кардиотонических средств
 - б)симпатомиметиков
 - в)низкомолекулярных декстранов
 - г)осмотических диуретиков

018. Для лечения посттравматической головной боли, обусловленной снижением внутричерепного давления, назначают вливания
- а) 5% раствора глюкозы
 - б) 0.9% раствора хлорида натрия
 - в) дистиллированной воды
 - г) любого из препаратов
 - д) верно б) и в)
019. Для лечения посттравматической головной боли, обусловленной внутричерепной гипертензией, назначают
- а) центральные антигипертензивные средства
 - б) осмотические диуретики
 - в) петлевые диуретики
 - г) все перечисленное
 - д) верно б) и в)
020. Противопоказанием для лечебной физкультуры у больных с инсультом является
- а) нарушение всех видов чувствительности на стороне гемиплегии
 - б) резкая болезненность суставов
 - в) нарушение функции тазовых органов
 - г) сердечная недостаточность II-III ст.
 - д) нарушение координации
021. Медикаментозную полиневропатию могут вызывать
- а) цитостатики
 - б) туберкулостатические препараты
 - в) нитрофураны (фуразолидон, фурадонин)
 - г) противомаларийные препараты
 - д) препараты всех перечисленных групп
 - е) верно а) и б)
022. Медикаментозный миопатический синдром не вызывают
- а) кортикостероиды
 - б) хлорохин
 - в) аминогликозиды
 - г) антихолинэстеразные препараты
 - д) все перечисленные препараты
023. Психопатологические побочные эффекты могут вызывать
- а) кортикостероиды
 - б) противосудорожные препараты
 - в) противопаркинсонические препараты
 - г) центральные антигипертензивные препараты
 - д) все перечисленные препараты
024. Ингибиторы МАО
- а) снижают накопление норадреналина
 - б) увеличивают накопление норадреналина
 - в) снижают накопление дофамина
 - г) увеличивают накопление дофамина
 - д) верно а) и в)
 - е) верно б) и г)
025. К ингибиторам МАО относятся
- а) нуредаль, беллазон
 - б) аминазин, тизерцин
 - в) седуксен, радедорм
 - г) амитриптилин, триптизол
 - д) L-допа, наком

026. К нейролептикам бутирофенонового ряда относятся
- а) аминазин, тизерцин
 - б) трифтазин, френолон
 - в) меллерил, сонопакс
 - г) галоперидол, дроперидол
027. Нейролептическое действие аминазина обусловлено блокадой рецепторов
- а) адреналина
 - б) норадреналина
 - в) дофамина
 - г) ацетилхолина
 - д) серотонина
028. Нейролептики могут вызывать следующие экстрапирамидные нарушения
- а) акинезию и ригидность
 - б) хорею и атетоз
 - в) оромандибулярную дискинезию
 - г) генерализованный тик
 - д) верно а) и в)
 - е) верно б) и г)
029. При лечении нейролептиками с сильным антипсихотическим действием часто развиваются
- а) мозжечковые расстройства
 - б) экстрапирамидные расстройства
 - в) вестибулярные расстройства
 - г) координаторные расстройства
 - д) слуховые и зрительные галлюцинации
030. Тиоридазин (меллерил, сонопакс) не назначают
- а) при нарушениях поведения
 - б) при тикозном гиперкинезе
 - в) при депрессивном состоянии
 - г) при артериальной гипотензии
031. К антидепрессантам седативного действия относятся
- а) мелипрамин
 - б) пиразидол
 - в) индопан
 - г) амитриптилин
 - д) все перечисленные препараты
032. Холинергический криз снимается введением
- а) ганглиоблокирующих средств
 - б) мышечных релаксантов
 - в) атропина
 - г) адреналина
 - д) норадреналина
033. Следующие симптомы: психомоторное возбуждение, мидриаз, паралич аккомодации, тахикардия, уменьшение секреции слюнных желез, сухость кожных покровов являются проявлением передозировки
- а) атропина
 - б) прозерина
 - в) ацетилхолина
 - г) пилокарпина
 - д) галантамина
034. Холинергический криз при передозировке прозерина не сопровождается
- а) мидриазом
 - б) гиперсаливацией

- в)усилением перистальтики
 - г)миофибрилляциями, тремором
- 035.Мышечные релаксанты применяют
- а)при введении назогастрального зонда
 - б)при катетеризации мочевого пузыря
 - в)при интубации трахеи
 - г)при спазме привратника желудка
 - д)при бронхоспазме
- 036.К α -адреноблокаторам относится
- а)анаприлин
 - б)обзидан
 - в)индерал
 - г)тразикор
 - д)фентоламин
- 037.Биотрансформация дифенина ускоряется при сочетанном назначении
- а)с карбамазепином
 - б)с левомицетином
 - в)с ацетилсалициловой кислотой
 - г)с неодикумарином
 - д)с изониазидом
- 038.Лечение гепатоцеребральной дистрофии пеницилламином начинают с назначения
- а)малых доз с постепенным увеличением
 - б)больших доз с постепенным снижением
 - в)длительного приема средних доз
 - г)больших доз через день
- 039.Уменьшает глубину сна, в связи с чем применяется при лечении энуреза
- а)амитриптилин
 - б)сиднокарб
 - в)пипольфен
 - г)пирацетам
 - д)аминалон
- 040.Препараты, уменьшающие глубину сна, следует давать при энурезе
- а)в течение всего дня
 - б)утром и днем
 - в)на ночь
 - г)утром и вечером
 - д)днем
- 041.Электроаэрозоли положительной полярности эффективны
- а)при респираторном ацидозе
 - б)при респираторном алкалозе
 - в)при метаболическом ацидозе
 - г)при метаболическом алкалозе
 - д)верно а) и в)
 - е)верно б) и г)
- 042.Санаторно-курортное лечение больного с невритом лицевого нерва начинают
- а)с первых дней заболевания
 - б)через 1-2 месяца от начала болезни
 - в)через 6 месяцев от начала болезни
 - г)через 1 год от начала болезни
 - д)в любое время независимо от давности заболевания
- 043.Токсическое действие ГБО на нервную систему проявляется
- а)нарушением сознания

- б) развитием эпилептиформных судорог
 - в) развитием гиперкинезов
 - г) развитием акинезии и ригидности
 - д) вегетативно-сосудистыми кризами
044. Биодоступность леводопы в сочетании с ингибитором периферической дофадекарбоксилазы повышается
- а) в 2 раза
 - б) в 3 раза
 - в) в 4 раза
 - г) в 5 раз
 - д) в 6 раз
045. В остром периоде нейропатий нецелесообразно применять
- а) электрофорез новокаина
 - б) электростимуляцию
 - в) микроволны
 - г) диадинамические токи
 - д) все перечисленное
046. Наиболее эффективным методом патогенетической терапии невралгии тройничного нерва является назначение
- а) анальгетиков
 - б) спазмолитиков
 - в) противосудорожных средств
 - г) всего перечисленного
 - д) ничего из перечисленного
047. Показанием к хирургическому лечению неврологических проявлений шейного остеохондроза является компрессия
- а) плечевого сплетения при синдроме лестничной мышцы
 - б) остеофитами позвоночной артерии с синдромом вертебрально-базилярной недостаточности
 - в) большого затылочного нерва с синдромом стреляющих болей и парестезиями
 - г) верно а) и б)
 - д) верно б) и в)
048. 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)
049. В остром периоде вертеброгенных корешковых синдромов применяется
- а) массаж
 - б) вытяжение позвоночника
 - в) иглорефлексотерапия
 - г) аппликация парафина
 - д) грязелечение
050. При климактерическом остеопорозе назначают
- а) кортикостероиды
 - б) кальцитрин
 - в) половые гормоны
 - г) верно б) и в)
 - д) верно все перечисленное
051. 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) вертебробазиллярная недостаточность
- д) все перечисленное
- е) верно б) и г)

052. Показанием к мануальной терапии неврологических проявлений остеохондроза позвоночника является наличие

- а) спондилеза и спондилолистеза III стадии
- б) болевого синдрома и вегетативно-висцеральных нарушений
- в) остеопороза позвонков
- г) ничего из перечисленного

053. Препараты наперстянки и строфанта при декомпенсации дисциркуляторной энцефалопатии назначают

- а) для нормализации сердечного ритма
- б) для увеличения сердечного выброса
- в) для улучшения коронарного кровообращения
- г) для улучшения системной гемодинамики
- д) верно а) и в)
- е) верно б) и г)

054. Антикоагулянты при декомпенсации дисциркуляторной энцефалопатии назначают, если у больного

- а) повторные ишемические кризы
- б) гиперкоагуляция
- в) высокие цифры артериального давления
- г) верно а) и б)
- д) верно все перечисленное

055. Антиагрегантными свойствами обладают все перечисленные препараты, кроме

- а) ацетилсалициловой кислоты
- б) дипиридамола
- в) дигидроэрготоксина
- г) клонидина
- д) пармидина

056. К этиотропной терапии гипертонической энцефалопатии не относится назначение

- а) центральных антигипертензивных средств
- б) гиполипидемических препаратов
- в) антагонистов кальция
- г) β -адреноблокаторов

057. К этиотропной терапии атеросклеротической энцефалопатии не относится назначение

- а) антигипертензивных препаратов
- б) эндотелиотропных средств
- в) антиагрегантов
- г) антиоксидантов
- д) препаратов, нормализующих липидный обмен

058. Фармакотерапия больным с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения проводится с целью

- а) улучшения церебральной гемодинамики
- б) улучшения метаболизма мозга
- в) регресса очаговой церебральной симптоматики
- г) верно все перечисленное
- д) верно а) и б)

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

- а)а-адренергические блокаторы
 - б)б-адренергические блокаторы
 - в)антагонисты кальция
 - г)препараты ксантинового ряда (эуфиллин, трентал)
 - д)верно а) и в)
 - е)верно б) и г)
060. Показаниями для назначения дегидратирующих средств при ишемическом инсульте являются
- а)выраженность общемозговой симптоматики
 - б)гиповолемия
 - в)гиперкоагулопатия
 - г)все перечисленные
061. Вазоактивные средства при ишемическом инсульте не применяются с целью улучшения
- а)церебральной гемодинамики
 - б)водно-электролитного баланса
 - в)реологического состояния крови
 - г)метаболизма мозга
062. Показанием к гиперволемической гемодилуции при ишемическом инсульте является наличие
- а)анурии
 - б)сердечной недостаточности
 - в)артериальное давление ниже 120/60 мм рт. ст.
 - г)артериальное давление свыше 200/100 мм рт. ст.
 - д)гематокрита 42%
063. Фибринолитическая терапия при закупорке сосудов мозга целесообразна в случае
- а)молодого возраста больного
 - б)продолжительности закупорки менее 6 часов
 - в)отсутствия анурии
 - г)геморрагического синдрома
 - д)артериального давления ниже 200/100 мм рт. ст.
064. 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
065. Критерием эффективной гемодилуции в острой стадии ишемического инсульта считают снижение гематокрита до уровня
- а)45-69%
 - б)39-44%
 - в)35-38%
 - г)30-34%
 - д)25-29%
066. 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)
067. 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
068. При гипертоническом кровоизлиянии в мозг применение антифибринолитиков (эпсилонаминокапроновая кислота и др.) не показано, поскольку
- а) высок риск повышения артериального давления
 - б) возможно значительное повышение внутричерепного давления
 - в) кровоизлияние уже завершилось
 - г) возможно усиление цефалгического синдрома
069. Для дегидратирующей терапии при гипертоническом кровоизлиянии в мозг при артериальном давлении 230/130 мм рт. ст. и осмолярности крови выше 300 мосм/л следует выбрать
- а) мочевину
 - б) стероиды
 - в) маннитол
 - г) лазикс
070. Папаверин в острейшей стадии гипертонического кровоизлияния в мозг не следует назначать
- а) при утрате сознания и менингеальном синдроме
 - б) при застое на глазном дне и реографических признаках гипотонии церебральных сосудов
 - в) при артериальном давлении выше 200/100 мм рт. ст.
 - г) верно а) и б)
 - д) верно б) и в)
071. При гипертоническом субарахноидальном кровоизлиянии не следует применять
- а) анальгетики
 - б) антифибринолитики
 - в) дегидратационные препараты
 - г) спазмолитики
 - д) антигипертензивные средства
072. При гипертоническом кровоизлиянии в мозг не следует применять
- а) препараты ксантинового ряда
 - б) α -адреноблокаторы
 - в) аналептики
 - г) препараты раувольфии
 - д) ганглиоблокаторы
073. Противопоказанием к транспортировке в неврологический стационар больного с гипертоническим кровоизлиянием в мозг является
- а) утрата сознания
 - б) рвота
 - в) психомоторное возбуждение
 - г) инфаркт миокарда
 - д) отек легкого
074. При консервативном лечении субарахноидального кровоизлияния из аневризмы назначают с первого дня
- а) хлористый кальций и викасол
 - б) фибринолизин и гепарин
 - в) эпсилонаминокапроновую кислоту
 - г) верно а) и б)
 - д) верно а) в)
075. Если течение геморрагического инсульта осложняется диссеминированным внутрисосудистым свертыванием, дополнительно назначают
- а) α -токоферол и рутин
 - б) фибринолизин и калликреин-депо
 - в) эпсилонаминокапроновую кислоту

- г)гепарин и замороженную плазму
 - д)все перечисленное
- 076.Витамин Е при остром нарушении мозгового кровообращения назначают с целью
- а)коррекции лактацидоза
 - б)коррекции гиперкоагуляции
 - в)коррекции гиперагрегации
 - г)торможения активации перекисного окисления липидов
 - д)торможения активации антифибринолитической системы
- 077.При декомпенсации гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии назначение дегидратирующих средств нецелесообразно при наличии
- а)артериальной гипертензии
 - б)общемозговой симптоматики
 - в)гиперкоагуляции
 - г)головной боли гипертензионного характера
 - д)краевого отека соска зрительного нерва
- 078.Для лечения нарушений венозного кровообращения мозга при нормальном уровне системного артериального давления не следует применять
- а)β-адренергические блокаторы
 - б)антикоагулянты
 - в)антиагреганты
 - г)препараты ксантинового ряда
- 079.Лечение паротитного менингита включает все перечисленное, кроме
- а)кортикостероидов
 - б)дезоксирибонуклеазы
 - в)трипсина
 - г)аскорбиновой кислоты
 - д)глицерина
- 080.Из следующих противовирусных препаратов для лечения энцефалитов не применяются
- а)оксолин
 - б)идоксуридин
 - в)метисазон
 - г)ацикловир
 - д)аденозин-арабинозид
- 081.Наиболее эффективным при лечении гнойного менингита, вызванного синегнойной палочкой, является
- а)бензилпенициллин
 - б)клиндамицин
 - в)эритромицин
 - г)гентамицин
- 082.При неустановленном возбудителе бактериального гнойного менингита целесообразно применять
- а)цефалексин (цепорекс)
 - б)клиндамицин (далацин)
 - в)эритромицин (эритран)
 - г)цефотаксим (клафоран)
- 083.Для лечения менингококкового менингита следует выбрать
- а)клиндамицин
 - б)тетрациклин
 - в)эритромицин
 - г)канамицин
 - д)левомицетин

084. При локализованной форме дифтерии (нос, зев, гортань) для профилактики полинейропатии введение противодифтерийной сыворотки достаточно в дозе
- а) 5-10 тыс МЕ
 - б) 10-15 тыс МЕ
 - в) 15-30 тыс МЕ
 - г) верно а) и б)
 - д) верно б) и в)
085. Этиотропная фармакотерапия токсоплазмоза не проводится
- а) хлоридином
 - б) аминохинолом
 - в) сульфадимезином
 - г) эритромицином
086. Для лечения генерализованных болезненных мышечных спазмов и судорог при столбняке препаратом первого выбора является
- а) хлоралгидрат
 - б) тиопентал
 - в) фенобарбитал
 - г) седуксен
 - д) тубокурарин
087. Для предупреждения и лечения обострений рассеянного склероза целесообразно назначить
- а) а-интерферон
 - б) b-интерферон
 - в) g-интерферон
 - г) верно все перечисленное
 - д) верно а) и б)
088. При ремиссии рассеянного склероза показано применение
- а) иммуностимуляторов
 - б) плазмафереза
 - в) глюкокортикоидов
 - г) цитостатиков
089. При обострении рассеянного склероза (Т-лимфопения, В-лимфоцитоз) предпочтительнее назначить
- а) глюкокортикоидные препараты
 - б) цитостатики (азатиоприн, циклофосфамид)
 - в) стимуляторы В-лимфоцитов (пропермил, зимозан, пирогенал)
 - г) комплексное лечение указанными средствами
090. При токсической генерализованной форме дифтерии для профилактики полирадикулонейропатии достаточным является введение противодифтерийной сыворотки в дозе
- а) 50-70 тыс МЕ
 - б) 70-100 тыс МЕ
 - в) 100-120 тыс МЕ
 - г) 120-150 тыс МЕ
 - д) указанные дозы недостаточны
091. Среди физиотерапевтических методов лечения при церебральном арахноидите наиболее эффективен
- а) электрофорез новокаина по Бургиньону
 - б) назальный электрофорез хлористого кальция
 - в) назальный электрофорез лекозима
 - г) верно б) и в)
 - д) верно а) и в)
092. Для коррекции патологической мышечной спастичности при рассеянном склерозе целесообразно назначить один из следующих ГАМК-ергических препаратов

- а) аминалон
- б) фенибут
- в) баклофен
- г) пантогам

093. 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)

094. 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)

095. Для лечения хронической надпочечниковой недостаточности применяется

- а) курсовая терапия глюкокортикоидами
- б) постоянная терапия глюкокортикоидами
- в) только экстренное введение глюкокортикоидов при развитии аддисонического криза
- г) АКТГ
- д) все перечисленное

096. Неотложная терапия острой надпочечниковой недостаточности включает введение

- а) глюкокортикоидов
- б) АКТГ
- в) кардиотонических препаратов
- г) верно а) и в)
- д) верно б) и в)

097. Концентрация противоэпилептических препаратов (фенобарбитала, фенитоина и карбамазепина) повышается при назначении

- а) эритромицина
- б) хлорамфеникола
- в) изониазида
- г) циметидина
- д) верно а) и б)
- е) всего перечисленного

098. Последовательность выбора препарата в начале лечения эпилепсии определяется

- а) типом припадков
- б) формой эпилепсии
- в) частотой приступов
- г) особенностями ЭЭГ

099. Среди противоэпилептических препаратов в меньшей степени угнетает корковые функции

- а) карбамазепин
- б) фенобарбитал
- в) бензонал
- г) гексамидин

100. При частых припадках первичной генерализованной эпилепсии в начале лечения следует назначить

- а) максимальную дозу одного препарата
- б) минимальную дозу выбранного препарата с постепенным повышением дозы
- в) сочетание минимальных доз двух или трех основных противоэпилептических препаратов
- г) сочетание средней терапевтической дозы одного основного препарата и одного из дополнительных средств

Ситуационные задачи

1. 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. Сформулируйте предположительный клинический диагноз (УК-1).
- 2. Обоснуйте ответ на вопрос, требуется ли срочная госпитализация (ПК-6).
- 3. Консультации, каких специалистов необходимо назначить (ПК-1).
- 4. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

2. Женщина 25 лет жалуется на периодические приступы сильной головной боли в правой половине головы, правого глазного яблока, которые беспокоят ее около 6 лет. Приступ продолжается в течение всего дня, головная боль нарастает до нестерпимой, часто сопровождается рвотой. Во время приступа не может ничего делать, вынуждена находиться в темной комнате, пытается заснуть. Чтобы облегчить состояние принимает любые анальгетики или вольтарен, но чаще это не помогает. Обычно приступ связан с началом менструального цикла. При неврологическом осмотре очаговой симптоматики не выявлено. Пациентка рассказала, что у ее матери были похожие приступы.

Задания:

- 1. Сформулируйте предположительный клинический диагноз (УК-1).
- 2. Обоснуйте ответ на вопрос, требуется ли срочная госпитализация (ПК-6).
- 3. Консультации, каких специалистов необходимо назначить (ПК-1).
- 4. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

3. Муж вызвал неотложную помощь к своей 26-ти летней жене в связи с затянувшимся приступом головной боли. Рассказал приехавшему врачу, что последние 2 года ее беспокоили частые приступы головной боли, был поставлен диагноз мигрень. При возникновении приступа женщина принимала комбинированный анальгетик, иногда он помогал, иногда нет. Последний приступ развился 3 дня назад и продолжается без улучшения. Периодически боль уменьшается, но не проходит полностью, а затем возникает с еще большей интенсивностью, была многократная рвота. Врач нашел пациентку в темной комнате, в сознании, но заторможенную, лежащую с закрытыми глазами, стонущую. Пульс 92 уд. в мин., АД – 130/80 мм.рт.ст. При осмотре явных признаков поражения нервной системы врач не выявил, менингеальных симптомов не обнаружил.

Задания:

- 1. Сформулируйте предположительный клинический диагноз (УК-1).
- 2. Обоснуйте ответ на вопрос, требуется ли срочная госпитализация (ПК-6).
- 3. Консультации, каких специалистов необходимо назначить (ПК-1).
- 4. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

4. Женщина 26 лет обратилась к врачу в поликлинику в связи с тем, что за последний год у

нее было два приступа нарушения зрения в виде выпадения правых половин полей зрения, приступ продолжается около получаса и ничем больше не сопровождается. Женщина рассказала, что ее бабушка и мать в молодом возрасте страдали приступообразными головными болями, были ли у них нарушения зрения, она не знает. Врач осмотрел пациентку и не выявил признаков поражения нервной системы.

Задания:

1. Сформулируйте предположительный клинический диагноз (УК-1).
2. Обоснуйте ответ на вопрос, требуется ли срочная госпитализация (ПК-6).
3. Консультации, каких специалистов необходимо назначить (ПК-1).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

5. 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. Сформулируйте предположительный клинический диагноз (УК-1).
2. Обоснуйте ответ на вопрос, требуется ли срочная госпитализация (ПК-6).
3. Консультации, каких специалистов необходимо назначить (ПК-1).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

6. Женщина 34 х лет обратилась к врачу в связи с тем, что в течение 10ти лет ее беспокоит частая (несколько раз в неделю) головная боль, средней интенсивности, двухсторонняя, тупая, последнее время головная боль усилилась. Несколько лет назад пациентка делала обследование: была осмотрена офтальмологом, выполнила МРТ головного мозга и ультразвуковую доплерографию сосудов головного мозга. Патологии выявлено не было. Сама пациентка связывает ухудшение с плохими жилищными условиями, после развода с мужем, живет в коммунальной квартире и регулярно конфликтует с соседями. Перспектив на изменение жилищных условий пока нет. Для облегчения головной боли почти ежедневно принимает анальгетики, последний год вынуждена принимать анальгин или пенталгин по два, иногда три раза в день. Врач осмотрел пациентку и не выявил признаков поражения нервной системы, кроме симметричного оживления глубоких рефлексов.

Задания:

1. Сформулируйте предположительный клинический диагноз (УК-1).
2. Обоснуйте ответ на вопрос, требуется ли срочная госпитализация (ПК-6).
3. Консультации, каких специалистов необходимо назначить (ПК-1).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

7. Молодая женщина, 25 ти лет, вышла на работу через год после рождения ребенка, отдав его в ясли. Половину дня работает вне дома и частично берет работу на дом, занимается компьютерной графикой. В течение последних месяцев стала беспокоить периодическая головная боль, стягивающего характера, двухсторонняя, средней или легкой интенсивности, за это время было около 10 таких эпизодов. Продолжается головная боль в течение целого дня, обычно не мешает выполнять домашнюю работу и не нарушает сон, обычно утром просыпается без болей. За этот период времени характер головных болей никак не изменился, тошноты и рвоты не бывает. Времени идти в поликлинику у женщины нет, и она обратилась к соседу, который работает врачом в кабинете общей практики. Врач при осмотре не выявил клинических признаков поражения внутренних органов и нервной системы.

Задания:

1. Сформулируйте предположительный клинический диагноз (УК-1).
2. Обоснуйте ответ на вопрос, требуется ли срочная госпитализация (ПК-6).
3. Консультации, каких специалистов необходимо назначить (ПК-1).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

- 8.** Женщина 67 лет обратилась в поликлинику в связи с частыми (почти каждый день) приступами стреляющей боли в области щеки, нижних зубов, нижней челюсти слева. Боль острая, интенсивная, продолжается около 30 секунд, прием анальгетиков возникновение приступа не предотвращает. Женщина проконсультировалась со стоматологом, врач не выявил патологии со стороны зубов.

Задания:

1. Сформулируйте предположительный клинический диагноз (УК-1).
2. Обоснуйте ответ на вопрос, требуется ли срочная госпитализация (ПК-6).
3. Консультации, каких специалистов необходимо назначить (ПК-1).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

- 9.** Мужчина 50 лет обратился к участковому врачу в связи с болями в области левой половины лба и левого глаза. Боль носит постоянный характер, но периодически усиливается до очень интенсивной. Мужчина вспомнил, что полгода назад в этой области отмечались высыпания в виде нескольких пузырьков, которые сопровождалась болями и онемением. К врачу он не обращался и через две недели все прошло. При осмотре врач выявил в области лба несколько пятен депигментации, другой симптоматики не обнаружил.

Задания:

1. Сформулируйте предположительный клинический диагноз (УК-1).
2. Обоснуйте ответ на вопрос, требуется ли срочная госпитализация (ПК-6).
3. Консультации, каких специалистов необходимо назначить (ПК-1).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

- 10.** Женщина 55 лет, страдающая гипертонической болезнью в течение 5ти лет, проснувшись утром, почувствовала головную боль, тупого давящего характера, больше выраженную в затылочной области. Женщина померила АД, оказалось – 130/85, приняла свои обычные лекарства, головная боль не прошла и вскоре она заметила выпадение левых половин полей зрения, тогда она вызвала такси и доехала до поликлиники. Врач при сборе анамнеза выяснил, что мать пациентки страдала мигренью. Неврологический осмотр выявил левостороннюю гемианопсию. Врач дал рекомендации по соблюдению диеты (исключение шоколада, красного вина, сыра чеддер), назначил прием препарата из группы триптанов и рекомендовал повторное обращение через месяц.

Задания:

1. Сформулируйте предположительный клинический диагноз (УК-1).
2. Обоснуйте ответ на вопрос, требуется ли срочная госпитализация (ПК-6).
3. Консультации, каких специалистов необходимо назначить (ПК-1).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

- 11.** Мужчина 52х лет обратился к врачу в связи с появившейся у него 1,5 месяца назад головной болью, из-за которой он просыпается в 5 часов утра, головная боль носит распирающий характер, четко не локализуется. Все это время головная боль носила нарастающий характер, а в последнее время присоединилась рвота. Участковый врач сразу послал пациента к офтальмологу, который выявил правостороннюю верхнеквадрантную гемианопсию.

Задания:

1. Сформулируйте предположительный клинический диагноз (УК-1).
2. Обоснуйте ответ на вопрос, требуется ли срочная госпитализация (ПК-6).
3. Консультации, каких специалистов необходимо назначить (ПК-1).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

МОДУЛЬ: АНГИОНЕВРОЛОГИЯ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10

001. Характерным признаком тромбоза внутренней сонной артерии является
- а) альтернирующий синдром Захарченко - Валленберга
 - б) альтернирующий синдром Вебера (парез глазодвигательного нерва и пирамидный синдром)
 - в) альтернирующий оптикопирамидный синдром
 - г) сенсорная афазия
 - д) все перечисленное
002. Закупорку экстракраниального отдела позвоночной артерии от закупорки интракраниального отдела отличает наличие
- а) классических альтернирующих синдромов
 - б) глазодвигательных расстройств
 - в) двигательных и чувствительных нарушений
 - г) "пятнистости" поражения ствола по длиннику
 - д) вестибуломожжечковых нарушений
003. К симптомам, не характерным для поражения левой передней мозговой артерии, относится
- а) нарушение психики
 - б) преобладание пареза в руке
 - в) хватательный рефлекс
 - г) моторная афазия
 - д) апраксия левой руки
004. Для поражения правой средней мозговой артерии не характерно наличие
- а) апраксии левой руки
 - б) левосторонней гемианопсии
 - в) левосторонней гемиплегии
 - г) анозогнозии
005. Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие
- а) гомонимной гемианопсии
 - б) битемпоральной гемианопсии
 - в) биназальной гемианопсии
 - г) концентрического сужения полей зрения
006. Синдром Захарченко - Валленберга (латеральный медуллярный синдром) возникает при закупорке
- а) коротких циркулярных артерий моста
 - б) длинных циркулярных артерий моста
 - в) парамедианных артерий моста
 - г) нижней передней артерии мозжечка
 - д) нижней задней артерии мозжечка
007. К структурам эфферентной нервной регуляции мозгового кровообращения не относятся рецепторы
- а) синокаротидной зоны
 - б) магистральных и мозговых сосудов
 - в) вазомоторных центров ствола

- г) симпатических узлов на шее
 - д) гипоталамуса
008. Главной функцией миогенного механизма регуляции мозгового кровообращения является обеспечение постоянства
- а) притока крови по артериям мозга
 - б) кровотока в системе микроциркуляции
 - в) оттока по интракраниальным венам
 - г) верно а) и б)
 - д) верно б) и в)
009. Не участвуют в гуморальном механизме регуляции мозгового кровообращения
- а) катехоламины
 - б) пептиды
 - в) липопротеины
 - г) простагландины
010. Симпатикотоническая форма вегетативно-сосудистой дистонии характеризуется
- а) дистальным акроцианозом
 - б) потливостью
 - в) тахикардией
 - г) снижением температуры тела
 - д) диареей
011. В развитии недостаточности кровоснабжения мозга при атеросклерозе играют роль все перечисленные факторы, кроме
- а) стеноза магистральных сосудов на шее
 - б) снижения перфузионного давления
 - в) снижения эластичности эритроцитов
 - г) снижения активности свертывающей системы
012. Очаговые поражения головного мозга редко наблюдаются
- а) при узелковом периабтериите Куссмауля - Мейера
 - б) при неспецифическом аорто-абтериите (болезни Такаясу)
 - в) при височном абтериите Хортонa - Магата - Брауна
 - г) при облитерирующем тромбангиите Винивартера - Бюргера
 - д) при гранулематозном ангиите Вегенера
013. При шейном остеохондрозе чаще поражается артерия
- а) основная
 - б) позвоночная
 - в) внутренняя сонная
 - г) наружная сонная
 - д) затылочная
014. Решающим условием адекватного коллатерального кровообращения головного мозга является состояние
- а) тонуса и реактивности сосудов
 - б) реологических свойств крови
 - в) свертывающей-противосвертывающей системы
 - г) архитектоники артериального круга мозга
 - д) системной и центральной гемодинамики
015. Диагноз начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга устанавливают, если имеются
- а) церебральные жалобы, возникающие 1 раз в месяц на протяжении 1 года
 - б) церебральные жалобы, возникающие чаще 1 раза в неделю на протяжении последних 3 месяцев
 - в) нестойкая рассеянная церебральная микросимптоматика
 - г) стойкая рассеянная церебральная микросимптоматика

- д)стойкая очаговая церебральная симптоматика
- 016.Субъективные церебральные симптомы при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения мозга обычно появляются
- а)в утренние часы
 - б)в вечерние часы
 - в)после физической нагрузки
 - г)после эмоционального стресса
 - д)при условиях, требующих усиления кровоснабжения мозга
- 017.Для декомпенсации начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга не характерно
- а)увеличение частоты эпизодов субъективных церебральных симптомов
 - б)увеличение продолжительности эпизодов субъективных церебральных симптомов
 - в)приобретение церебральными эпизодами характера кризов
 - г)появление эпизодов в ночное время
 - д)появление рассеянной очаговой симптоматики
- 018.Симптомы начальных проявлений недостаточности кровоснабжения головного мозга обычно бывают
- а)эпизодическими
 - б)перманентными
 - в)латентными
 - г)верно а) и б)
 - д)верно а) и в)
- 019.В основе головной боли при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения головного мозга может быть любой патогенетический механизм, кроме
- а)спазма артерий мозга
 - б)гипотонии и дилатации артерий
 - в)гипотонии и дилатации вен
 - г)нарушения ликвороциркуляции
 - д)повышенного напряжения мышц мягких покровов головы
- 020.Головокружение при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения головного мозга не сочетается
- а)с шумом в ушах
 - б)с шумом в голове
 - в)с неустойчивостью при ходьбе
 - г)с нистагмом
 - д)с ощущением дурноты
- 021.Больным с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга не проводится терапия, направленная на улучшение
- а)церебральной гемодинамики
 - б)метаболизма мозга
 - в)ликвороциркуляции
 - г)микроциркуляции
 - д)реактивности церебральных артерий
- 022.Для лечения тревоги у больных с начальными признаками недостаточности кровоснабжения мозга не применяется
- а)аминазин
 - б)фенозепам
 - в)амитриптилин
 - г)азафен
 - д)ацефен
- 023.Диагноз преходящего нарушения мозгового кровообращения устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу не позднее

- а) 1 суток
- б) 1 недели
- в) 2 недель
- г) 3 недель
- д) 1 месяца

024. В период декомпенсаций начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга не следует применять

- а) лекарственный электрофорез на воротниковую зону
- б) электросон
- в) грязелечение
- г) бальнеотерапию
- д) аэроионотерапию

025. При начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения мозга причиной инвалидности служит

- а) цефалгический симптомокомплекс
- б) снижение памяти
- в) вестибулярный симптомокомплекс
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

026. Стадии дисциркуляторной энцефалопатии выделяют на основании

- а) степени утраты трудоспособности
- б) изменения показателей ЭЭГ и РЭГ
- в) выраженности психических расстройств
- г) степени повышения артериального давления
- д) верно а) и в)

027. Диагноз инсульта с обратимой неврологической симптоматикой устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу не позднее

- а) 1 недели
- б) 3 недель
- в) 1 месяца
- г) 3 месяцев
- д) 6 месяцев

028. Декомпенсации хронической дисциркуляторной энцефалопатии способствуют следующие изменения системной гемодинамики, кроме

- а) увеличения ударного объема
- б) нарушения ритма сердца
- в) снижения артериального давления
- г) ортостатической недостаточности

029. Для диагностики патологической извитости позвоночных артерий применяют

- а) реоэнцефалографию
- б) ультразвуковую доплерографию
- в) ангиографию
- г) компьютерную томографию
- д) верно а) и в)
- е) верно б) и г)

030. Для вертебробазилярной недостаточности не характерно наличие

- а) дизартрии
- б) афазии
- в) расстройств зрения
- г) нарушений статики и походки

031. При закупорке общей сонной артерии находят на той же стороне

- а) снижение пульсации внутренней сонной артерии

- б) усиление пульсации внутренней сонной артерии
 - в) снижение пульсации височной артерии
 - г) усиление пульсации височной артерии
 - д) верно а) и в)
 - е) верно б) и г)
032. При закупорке внутренней сонной артерии находят на той же стороне
- а) снижение пульсации наружной сонной артерии
 - б) снижение пульсации височной артерии
 - в) усиление пульсации наружной сонной артерии
 - г) усиление пульсации височной артерии
 - д) верно а) и б)
 - е) верно в) и г)
033. Для псевдобульбарного синдрома при хронической недостаточности мозгового кровообращения не характерно наличие
- а) дизартрии
 - б) дисфонии
 - в) дисфагии
 - г) фибрилляции языка
 - д) симптомов орального автоматизма
034. Псевдобульбарный синдром развивается при сочетанном поражении
- а) пирамидных и мозжечковых путей доминантного полушария
 - б) пирамидных и мозжечковых путей недоминантного полушария
 - в) пирамидных и экстрапирамидных путей доминантного полушария
 - г) пирамидных и экстрапирамидных путей недоминантного полушария
 - д) пирамидных путей доминантного и недоминантного полушарий
035. При формулировании диагноза сосудистого заболевания головного мозга согласно классификации НИИ неврологии АМН РФ на первое место выносится
- а) этиология сосудистого процесса
 - б) характер нарушения мозгового кровообращения
 - в) пораженный сосудистый бассейн
 - г) клинический синдром
 - д) состояние трудоспособности
036. При инфаркте в бассейне передней артерии сосудистого сплетения (передняя ворсинчатая) не бывает
- а) гемиплегии
 - б) гемианестезии
 - в) афазии
 - г) вазомоторных нарушений в области парализованных конечностей
 - д) гемианопсии
037. Препараты наперстянки и строфанта при декомпенсации дисциркуляторной энцефалопатии назначают
- а) для нормализации сердечного ритма
 - б) для увеличения сердечного выброса
 - в) для улучшения коронарного кровообращения
 - г) для улучшения системной гемодинамики
 - д) верно а) и в)
 - е) верно б) и г)
038. Антикоагулянты при декомпенсации дисциркуляторной энцефалопатии назначают, если у больного
- а) повторные ишемические кризы
 - б) гиперкоагуляция
 - в) высокие цифры артериального давления

- г) все перечисленное
 - д) верно а) и б)
039. Антиагрегантными свойствами обладают все перечисленные препараты, кроме
- а) ацетилсалициловой кислоты (аспирина)
 - б) дипиридамола (курантила)
 - в) дигидроэрготоксина (редергина)
 - г) клонидина (клофелина)
 - д) пармидина (продектина)
040. К этиотропной терапии гипертонической энцефалопатии не относится назначение
- а) центральных антигипертензивных препаратов
 - б) гипохолестеринемических препаратов
 - в) антагонистов кальция
 - г) β -адреноблокаторов
041. К этиотропной терапии атеросклеротической энцефалопатии не относится назначение
- а) антигипертензивных препаратов
 - б) эндотелиотропных средств
 - в) антиагрегантов
 - г) антиоксидантов
 - д) препаратов, нормализующих липидный обмен
042. Вторичная профилактика дисциркуляторной энцефалопатии не имеет целью
- а) предупреждение возникновения сосудистого заболевания
 - б) предупреждение прогрессирования сосудистого заболевания
 - в) предупреждение церебральных сосудистых кризов
 - г) предупреждение инсульта
 - д) сохранение и восстановление трудоспособности
043. Причиной преходящего нарушения мозгового кровообращения не является
- а) падение перфузионного артериального давления
 - б) артерио-артериальная микроэмболия
 - в) спазм мозговых артерий
 - г) тромбоз мозговых артерий
 - д) тромбоз экстракраниальных магистральных артерий головы
044. Фармакотерапия больным с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения проводится с целью
- а) улучшения церебральной гемодинамики
 - б) улучшения метаболизма мозга
 - в) регресса очаговой церебральной симптоматики
 - г) всего перечисленного
 - д) верно а) и б)
045. Для преходящего нарушения мозгового кровообращения при поражении вертебробазилярной системы не характерно наличие
- а) двоения в глазах
 - б) альтернирующих синдромов
 - в) двусторонних парезов
 - г) атаксии
 - д) оптико-гемиплегического синдрома
046. Главной причиной церебральной ишемии при остром инфаркте миокарда с нарушением ритма (кардиocereбральный 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

047. 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)
048. 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
049. Для фармакотерапии переходящих нарушений мозгового кровообращения на почве спазма мозговых артерий предпочтительнее назначить
- а) α -адренергические блокаторы
 - б) β -адренергические блокаторы
 - в) антагонисты кальция
 - г) препараты ксантинового ряда (эуфиллин, трентал)
 - д) верно а) и в)
 - е) верно б) и г)
050. Решающее влияние на прогноз переходящего 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 переходящей ишемии
051. Геморрагический инфаркт головного мозга локализуется
- а) только в белом веществе
 - б) только в сером веществе
 - в) только в подкорковых узлах
 - г) возможна любая локализация
052. 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
053. 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
054. К развитию нетромботического ишемического инсульта не приводит
- а) спазм сосудов
 - б) мозговая сосудистая недостаточность
 - в) артерио-артериальная микроэмболия
 - г) кардиогенная эмболия
055. 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
056. 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
057. Для I-й стадии синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания не характерно наличие
- а) гипокоагуляции
 - б) гиперкоагуляции
 - в) внутрисосудистой агрегации форменных элементов
 - г) блокады микроциркуляции
058. 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
059. 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
060. Тромбоз основной артерии проявляется
- а) преимущественным поражением варолиева моста
 - б) корковой слепотой
 - в) вегетативно-висцеральными кризами
 - г) верно а) и б)
 - д) всем перечисленным
061. Поражение нервной системы при узелковом периаартериите проявляется
- а) множественными мононейропатиями
 - б) миелопатией
 - в) субарахноидальными кровоизлияниями
 - г) паренхиматозными кровоизлияниями
 - д) верно а) и б)
 - е) всем перечисленным
062. Показаниями для назначения дегидратирующих средств при ишемическом инсульте являются
- а) выраженность общемозговой симптоматики
 - б) гиповолемия
 - в) гиперкоагулопатия
 - г) все перечисленные
063. Вазоактивные средства при ишемическом инсульте не применяются с целью улучшения
- а) церебральной гемодинамики
 - б) водно-электролитного баланса
 - в) реологического состояния крови
 - г) метаболизма мозга
064. Показанием к гиперволемической гемодилуции 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%
- 065.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.
- 066.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
- 067.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%
- 068.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)
- 069.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
- 070.При гипертоническом кровоизлиянии в мозг применение антифибринолитиков (эпсилонаминокапроновой кислоты и др.) не показано, поскольку
- а)высок риск повышения артериального давления
 - б)возможно значительное повышение внутричерепного давления
 - в)кровоизлияние уже завершилось
 - г)возможно усиление менингеального синдрома
 - д)возможно усиление цефалгического синдрома
- 071.Компьютерная томография выявляет зону гиподенсивности в очаге ишемического инсульта через
- а)1 ч от начала заболевания
 - б)2 ч от начала заболевания
 - в)4 ч от начала заболевания
 - г)6 ч и более от начала заболевания
- 072.Для гипертонического кровоизлияния в мозг не характерно наличие
- а)сдавления и разрушения вещества мозга излившейся кровью

- б)вазопареза в области кровоизлияния
 - в)смещения ствола головного мозга
 - г)закупорки артерий основания мозга
 - д)отека вещества мозга
073. Гиперосмолярный синдром специфичен
- а)для тромботического инфаркта
 - б)для геморрагического инфаркта
 - в)для кровоизлияния в мозг
 - г)верно б) и в)
 - д)ни для чего из перечисленного
074. При паренхиматозно-субарахноидальном кровоизлиянии обязательным является
- а)утрата сознания
 - б)кровянистый ликвор
 - в)смещение срединного эхо-сигнала
 - г)контралатеральный гемипарез
 - д)все перечисленное
075. При кровоизлиянии в ствол мозга не является обязательным
- а)поражение черепно-мозговых нервов
 - б)менингеальный синдром
 - в)зрачковые расстройства
 - г)двусторонние пирамидные симптомы
076. При кровоизлиянии в мозжечок обязательным является наличие
- а)утраты сознания, гемипареза
 - б)динамической атаксии
 - в)глазодвигательных расстройств
 - г)верно а) и б)
 - д)верно б) и в)
077. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания характерен
- а)для тромботического инфаркта
 - б)для нетромботического инфаркта
 - в)для геморрагического инфаркта
 - г)для кровоизлияния в мозг
 - д)ни для чего из перечисленного
078. Горметонией называют состояние, при котором наблюдается
- а)генерализованная гипотония мышц в сочетании с нарушением ритма дыхания
 - б)повышение мышечного тонуса в сгибателях верхних конечностей и разгибателях нижних конечностей
 - в)повышение мышечного тонуса в разгибателях верхних конечностей и сгибателях нижних конечностей
 - г)повторяющиеся пароксизмы повышения мышечного тонуса в разгибателях конечностей
079. Для гипертонического субарахноидального кровоизлияния обязательным признаком является
- а)утрата сознания
 - б)зрачковые расстройства
 - б)нистагм
 - г)менингеальный синдром
 - д)двусторонние пирамидные патологические знаки
080. Для дегидратирующей терапии гипертонического кровоизлияния в мозг при артериальном давлении 230/130 мм рт. ст. и осмолярности крови выше 300 мосм/л следует выбрать
- а)мочевину
 - б)стероиды
 - в)маннитол
 - г)лазикс

081. Папаверин в острейшей стадии гипертонического кровоизлияния в мозг не следует назначать
- а) при утрате сознания и менингеальном синдроме
 - б) при застое на глазном дне и реографических признаках гипотонии церебральных сосудов
 - в) при артериальном давлении выше 200/100 мм рт. ст.
 - г) верно а) и б)
 - д) верно б) и в)
082. При субарахноидальном кровоизлиянии у больного с выраженным атеросклерозом не следует применять
- а) анальгетики
 - б) антифибринолитики
 - в) дегидратационные препараты
 - г) спазмолитики
 - д) антигипертензивные средства
083. При гипертоническом кровоизлиянии в мозг не следует применять
- а) препараты ксантинового ряда
 - б) α -адреноблокаторы
 - в) аналептики
 - г) препараты раувольфии
 - д) ганглиоблокаторы
084. Противопоказанием к транспортировке в неврологический стационар больного с гипертоническим кровоизлиянием в мозг является
- а) утрата сознания
 - б) рвота
 - в) психомоторное возбуждение
 - г) инфаркт миокарда
 - д) отек легкого
085. Аневризма артерий мозга диаметром 3 мм может быть диагностирована с помощью
- а) ангиографии
 - б) реоэнцефалографии
 - в) ультразвуковой доплерографии
 - г) компьютерной томографии
 - д) радиоизотопной сцинтиграфии
086. При консервативном лечении субарахноидального кровоизлияния из аневризмы назначают с первого дня
- а) хлористый кальций и викасол
 - б) фибринолизин и гепарин
 - в) ϵ -аминокапроновую кислоту
 - г) верно а) и б)
 - д) верно а) и в)
087. Для разрыва аневризм конвекситальных артерий мозга обязательны все перечисленные симптомы, кроме
- а) утраты сознания
 - б) головной боли
 - в) очаговых неврологических симптомов
 - г) менингеального синдрома
088. Для неразорвавшейся аневризмы субклиноидной части внутренней сонной артерии характерно поражение
- а) III-I пары черепных нервов
 - б) II, III пары черепных нервов
 - в) IX, X пары черепных нервов
 - г) XI, XII пары черепных нервов
089. Поражение срединного ядра Льюиса наблюдается при инфарктах в бассейне ветви

- а) передней мозговой артерии
 - б) средней мозговой артерии
 - в) задней мозговой артерии
 - г) верно б) и в)
090. При неразорвавшейся аневризме основной артерии часто наблюдается синдром
- а) верхней глазничной щели
 - б) наружной стенки кавернозного синуса
 - в) поражения сильвиевой борозды
 - г) поражения шпорной борозды
 - д) мостомозжечкового угла
091. У больных с неразорвавшейся конвекситальной артериовенозной аневризмой наблюдают
- а) нарушения зрения
 - б) глазодвигательные расстройства
 - в) менингеальные симптомы
 - г) повышение внутричерепного давления
 - д) эпилептиформные припадки
092. При разрыве супратенториальной артериовенозной аневризмы чаще, чем при разрыве артериальной аневризмы, происходит
- а) истечение крови в цистерны основания мозга
 - б) развитие менингеального синдрома
 - в) развитие асимметричной гидроцефалии
 - г) развитие внутримозговой гематомы
 - д) утрата зрения и глазодвигательные расстройства
093. Для инструментальной диагностики спонтанного субарахноидального кровоизлияния абсолютно необходимы данные
- а) ангиографии
 - б) реоэнцефалографии
 - в) ультразвуковой доплерографии
 - г) компьютерной томографии
 - д) радиоизотопной сцинтиграфии
094. Для клинических проявлений тромбоза поверхностных мозговых вен наиболее характерным является
- а) наличие общемозговых симптомов
 - б) отек дисков зрительных нервов
 - в) изменчивость очаговых полушарных симптомов
 - г) менингеальный синдром
 - д) субфебрилитет
095. Тромбоз глубоких мозговых вен отличается от тромбоза поверхностных мозговых вен наличием
- а) общемозговых симптомов
 - б) признаков застоя на глазном дне
 - в) признаков поражения ствола головного мозга
 - г) менингеального синдрома
096. Признаки застойно-гипоксической энцефалопатии при заболевании легких и сердца усиливаются
- а) в утренние часы после сна
 - б) в дневное время
 - в) вечером
 - г) в любое время в положении лежа
 - д) верно
097. Если течение геморрагического инсульта осложняется диссеминированным внутрисосудистым свертыванием, дополнительно назначают

- а) а-токоферол и рутин
 - б) фибринолизин и калликреин-депо
 - в) ε-аминокапроновую кислоту
 - г) гепарин и замороженную плазму
 - д) все перечисленное
098. Витамин Е при остром нарушении мозгового кровообращения назначают с целью
- а) коррекции лактацидоза
 - б) коррекции гиперкоагуляции
 - в) коррекции гиперагрегации
 - г) торможения активации перекисного окисления липидов
 - д) торможения активации антифибринолитической системы
099. Для лечения нарушений венозного кровообращения мозга при нормальном уровне системного артериального давления не следует применять
- а) β-адренергические блокаторы
 - б) антикоагулянты
 - в) антиагреганты
 - г) препараты ксантинового ряда
100. Для ишемии в верхнем сосудистом бассейне спинного мозга характерны
- а) синдром внутричерепной гипертензии
 - б) вялый парез рук и спастический парез ног
 - в) синдром паралитического ишиаса
 - г) недержание мочи и кала
 - д) верно в) и г)

Ситуационные задачи

- 1.** Женщина 65 лет, страдает пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, принимает кордарон и дигоксин. Во время прогулки, внезапно почувствовала «перебой» в сердце, не смогла говорить, с трудом понимала обращенную речь, появилась асимметрия лица. Соседи вызвали скорую помощь. В больнице через день сохраняется субтотальная сенсомоторная афазия, центральный парез лицевой мускулатуры справа, акцент глубоких рефлексов справа.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

- 2.** Мужчина 58 лет с ревматическим митральным пороком сердца внезапно утратил сознание, возник генерализованный судорожный припадок. Был госпитализирован. При осмотре на отделении: несколько заторможен, вял, не помнит, что с ним случилось, речь правильная, но замедленная, левосторонний центральный гемипарез, левосторонняя гемигипестезия. Менингеальных симптомов нет.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

3. Пациент 42 лет внезапно почувствовал слабость в левых конечностях, не успел ухватиться за ближайшую опору, упал. Через 40 минут был доставлен в специализированный городской сосудистый центр, где 6 месяцев назад перенес операцию по протезированию митрального клапана сердца. При осмотре выявлено: левосторонняя гемиплегия, игнорирование левой половины тела и пространства. Менингеальных симптомов нет.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

4. Пациентка 74 лет, страдающая гипертонической болезнью, пытаясь снизить повышенное АД, самостоятельно приняла большое количество гипотензивных препаратов. При вставании с постели внезапно потеряла сознание. Придя в себя, не помнит, что с ней произошло, не узнает свою дочь и свою комнату. При осмотре врачом специализированной (неврологической) бригады скорой помощи выявлено: АД 105/60 мм.рт.ст., левосторонняя гомонимая гемианопсия, зрительная агнозия, ретроградная амнезия. На ЭКГ: ритм синусовый, признаки очагового кардиосклероза. От госпитализации категорически отказалась. На следующий день самочувствие несколько улучшилось. Через день была отвезена сыном в частный консультативный центр, где было выполнено дуплексное сканирование церебральных сосудов. По заключению выявлен стеноз правой внутренней сонной артерии до 90 %, левой внутренней сонной артерии до 70 %.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

5. У мужчины 70 лет, страдающего гипертонической болезнью, не смотря на регулярный прием препаратов из группы сартанов и бета-блокаторов, периодически АД поднимается до 180/110 мм.рт.ст. 2 дня назад внезапно почувствовал ощущение «каши во рту» при попытке что-то сказать, и неловкость в кисти левой руки. Данные проявления с тех пор не выросли и не уменьшились. Известно, что неделю назад были подобные проявления, которые возникли на фоне повышения АД и полностью регрессировали через несколько часов. Так как жалобы сохранились, обратился в поликлинику.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

- 6.** Женщина 69 лет внезапно во время завтрака почувствовала себя плохо, ощутила выливание жидкой пищи через правый угол рта, выронила ложку из правой руки. Через 25 минут данные симптомы самостоятельно регрессировали. Подобные проявления уже возникали неделю назад, также самостоятельно регрессировали через 15 минут. Известно, что 4 недели назад перенесла острый инфаркт миокарда. Вызвала скорую помощь.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

- 7.** Мужчина 65 лет, страдающий гипертонической болезнью, сахарным диабетом II типа, ожирением, поссорился с дочерью. Внезапно почувствовал сильную головную боль, тошноту, упал. При осмотре в больнице: сопор, АД 220/110 мм. рт. ст. Выявлены положительные симптом Кернига с обеих сторон и ригидность мышц затылка, глубокие рефлексы S>D, симптом Бабинского слева.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

- 8.** Молодой человек 23 лет в спортивном зале занимался на тренажере, поднимая штангу, внезапно почувствовал сильнейшую головную боль, выпустил штангу из рук (штанга упала на опору). Возникла рвота. Машиной скорой помощи был доставлен в стационар. При осмотре в больнице: кома I. Положительные менингеальные симптомы.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

9. Женщина 55 лет во время работы на садовом участке внезапно почувствовала «кинжальную» головную боль, преимущественно в левой части головы, тошноту, была неоднократная рвота, не принесящая облегчения. Госпитализирована в ближайшую районную больницу. При осмотре: АД – 180/100 мм.рт.ст., сонлива, лицо гиперемировано, менингеальных симптомов нет. Выявлен правосторонний глубокий гемипарез, гемигипестезия, гемианопсия правых полей зрения.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

10. Женщина 87 лет со слов родственников вчера ушла из дома, оставив на плите кастрюлю с супом. Через несколько часов была найдена в соседнем дворе, была растеряна, не знала куда идти. Родственники рассказали врачу, что в течение последних нескольких лет стала апатична, неряшлива, вздорна, периодически не узнавала родственников, терялась в месте и времени, стала плаксива. При осмотре: в сознании, правильно называет свое имя, говорит, что ей 20 лет, растеряна, периодически начинает плакать без причины. Определяются положительные рефлекс орального автоматизма.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

11. Мужчина 68 лет наблюдается в поликлинике в связи с перенесенным 2 года назад тромботическим инсультом в бассейне правой средней мозговой артерии. Инсульт произошел на фоне дислипидемии, ожирения I. В неврологическом статусе имеется легкий левосторонний гемипарез с повышенным мышечным тонусом. Пациент полностью себя обслуживает.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

МОДУЛЬ: ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10

001. Острый некротический энцефалит вызывают вирусы
- а) Коксаки
 - б) простого герпеса
 - в) кори
 - г) паротита
002. Лечение паротитного менингита включает все перечисленное, кроме
- а) кортикостероидов
 - б) дезоксирибонуклеазы
 - в) трипсина
 - г) аскорбиновой кислоты
 - д) глицерина
003. Развитие синдрома Уотерхауса - Фридериксена (острой надпочечниковой недостаточности) характерно для тяжелого течения
- а) стафилококкового менингита
 - б) пневмококкового менингита
 - в) менингита, вызванного вирусом Коксаки
 - г) менингококкового менингита
 - д) лимфоцитарного хориоменингита
004. К редким синдромам энцефалита Экономо относят
- а) глазодвигательные расстройства
 - б) патологические стопные знаки
 - в) нарушения сна
 - г) вегетативные расстройства
005. Для острого клещевого энцефалита не характерны
- а) заболевание в осенне-зимний период
 - б) менингоэнцефалитический синдром
 - в) повышение внутричерепного давления
 - г) вялые парезы и параличи мышц плечевого пояса
 - д) лихорадка в начале заболевания
006. Для вирусного двухволнового менингоэнцефалита не характерно наличие
- а) лихорадки
 - б) атрофических спинальных параличей
 - в) плеоцитоза в ликворе
 - г) радикулоневрита
007. Для герпетического энцефалита не характерно наличие
- а) общемозговых симптомов и нарушения сознания
 - б) внутричерепной гипертензии и застоя на глазном дне

- в) судорожных приступов
- г) гемипарезов
- д) гемиатаксии

008. При вирусных энцефалитах в ликворе не наблюдается

- а) лимфоцитарный плеоцитоз
- б) увеличение содержания белка
- в) увеличение содержания глюкозы
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

009. Характерными электроэнцефалографическими признаками очаговых некротических повреждений головного мозга при герпетическом энцефалите являются

- а) диффузное снижение вольтажа волн
- б) появление d- и q-волн
- в) наличие пиков (спайков) и острых волн
- г) наличие асимметричных гигантских волн
- д) наличие сонных веретен

010. Из следующих противовирусных препаратов для лечения энцефалитов не применяется

- а) оксолин
- б) идоксуридин
- в) ацикловир
- г) аденозин-арабинозид

011. Решающее значение в диагностике менингита имеет

- а) острое начало заболевания с повышением температуры
- б) острое начало заболевания с менингеальным синдромом
- в) изменения спинномозговой жидкости
- г) присоединение синдрома инфекционно-токсического шока
- д) признаки застоя на глазном дне

012. Серозный менингит может быть вызван следующими бактериями

- а) гемофильной палочкой Афанасьева - Пфейффера (инфлюэнц-менингит)
- б) пневмококком
- в) микобактерией туберкулеза
- г) верно а) и в)
- д) верно б) и в)

013. Наиболее эффективным антибиотиком при лечении гнойного менингита, вызванного синегнойной палочкой, является

- а) бензилпенициллин
- б) клиндамицин
- в) эритромицин
- г) гентамицин

014. Клиническую картину острого лимфоцитарного хориоменингита Армстронга отличает значительная выраженность

- а) высокой лихорадки
- б) менингеального синдрома
- в) гипертензионного синдрома
- г) нарушения сознания

д)светобоязни

015.Для менингитов, вызванных вирусами Коксаки и ЕСНО, не характерно

- а)острое начало с лихорадкой
- б)полимиалгия
- в)оболочечно-гипертензионный синдром
- г)лимфоцитарный плеоцитоз
- д)тяжелое течение и грубые резидуальные симптомы

016.Значительное снижение уровня сахара в спинномозговой жидкости (до 0.1 г/л) характерно для менингита

- а)гриппозного
- б)пневмококкового
- в)паротитного
- г)туберкулезного
- д)сифилитического

017.При неустановленном возбудителе бактериального гнойного менингита целесообразно применять

- а)цефалексин (цепорекс)
- б)клиндамицин (далацин)
- в)эритромицин (эритран)
- г)цефотаксим (клафоран)

018.Для лечения менингококкового менингита следует выбрать

- а)клиндамицин
- б)тетрациклин
- в)эритромицин
- г)канамицин
- д)левомицетин

019.Субарахноидальное кровоизлияние как осложнение основного заболевания встречается при менингите, вызванном

- а)пневмококком
- б)вирусом паротита
- в)клебсиеллой
- г)палочкой Афанасьева - Пфейффера
- д)стрептококком

020.Абсцессы мозга как осложнение основного заболевания чаще встречаются при менингите, вызванном

- а)палочкой Афанасьева - Пфейффера
- б)стафилококком
- в)пневмококком
- г)лептоспирами

021.К редким возбудителям серозного менингита относится

- а)вирус лимфоцитарного хореоменингита
- б)микобактерия туберкулеза
- в)парагриппозный вирус
- г)вирус эпидемического паротита

022. Гнойный менингит не вызывают
- а) стафилококки
 - б) менингококки
 - в) пневмококки
 - г) вульгарный протей
 - д) лептоспиры
023. Для острого лимфоцитарного хориоменингита не характерно наличие
- а) высокой лихорадки
 - б) внутричерепной гипертензии
 - в) клеточно-белковой диссоциации в ликворе
 - г) снижения уровня глюкозы в ликворе
024. Острый (первичный) рассеянный энцефаломиелит редко сопровождается развитием
- а) нижней спастической параплегии
 - б) бульбарных расстройств
 - в) экстрапирамидных нарушений
 - г) синдрома Броун - Секара
025. Морфологическим субстратом пирамидных симптомов при остром рассеянном энцефаломиелите являются
- а) пролиферация мезоглии в белом веществе
 - б) гибель осевых цилиндров
 - в) распад миелина
 - г) верно а) и б)
 - д) верно б) и в)
026. Абсцесс мозга является относительно редким осложнением менингита, вызванного
- а) пневмококком
 - б) стафилококком
 - в) палочкой Афанасьева - Пфейффера
 - г) менингококком
 - д) стрептококком
027. Высокая контагиозность характерна для менингита, вызванного
- а) синегнойной палочкой
 - б) стафилококками
 - в) вирусом простого герпеса
 - г) вирусами Коксаки и ЕСНО
028. Для острого очагового поперечного миелита на нижнегрудном уровне не характерно наличие
- а) нижней параплегии
 - б) проводникового типа нарушения чувствительности
 - в) нарушений функций тазовых органов
 - г) блокады субарахноидального пространства
029. Двигательные и чувствительные нарушения при остром рассеянном энцефаломиелите обусловлены поражением
- а) головного мозга
 - б) спинного мозга
 - в) корешков и периферических нервов
 - г) верно а) и б)

д) всего перечисленного

030. Снижение остроты зрения при остром рассеянном энцефаломиелите обусловлено поражением

- а) сетчатой оболочки
- б) зрительного нерва
- в) первичного зрительного центра в наружном коленчатом теле
- г) лучистого венца Грациоле в затылочной доле
- д) коркового отдела зрительного анализатора в затылочной доле

031. При лечении острого рассеянного энцефаломиелита для коррекции аутоиммунных нарушений применяют

- а) нестероидные противовоспалительные средства
- б) анаболические стероидные препараты
- в) синтетические глюкокортикоиды
- г) эстрогенные стероидные препараты

032. Двигательные нарушения при второй атаке острого эпидемического переднего полиомиелита, возникающей после "малой болезни" и последующего латентного периода, характеризуются наличием

- а) судорог мышц
- б) фебрильных подергиваний
- в) вялых параличей
- г) всего перечисленного
- д) верно а) и б)

033. Для острого полиомиелита не характерно поражение двигательных нейронов

- а) коры головного мозга
- б) моторных ядер ствола
- в) шейного утолщения спинного мозга
- г) грудного отдела спинного мозга
- д) поясничного утолщения спинного мозга

034. В спинномозговой жидкости на второй неделе паралитической стадии острого полиомиелита (в отличие от первой недели) находят

- а) нормальный уровень глюкозы
- б) белково-клеточную диссоциацию
- в) нормальный уровень хлоридов
- г) эозинофильный цитоз

035. Особенности остаточных двигательных нарушений после перенесенного полиомиелита определяются

- а) асимметричным поражением мышц конечностей и туловища
- б) замедлением роста и нарушением трофики конечностей
- в) нарушением координации и статики
- г) верно а) и б)
- д) верно а) и в)

036. Дифференциальный диагноз непаралитической формы острого полиомиелита следует проводить

- а) с вирусным серозным менингитом
- б) с бактериальным серозным менингитом
- в) с острой демиелинизирующей полирадикулонейропатией Гийена - Барре

- г)с переднероговой формой клещевого энцефалита
- д)верно а) и г)
- е)со всем перечисленным

037.Подозрение на абсцесс головного мозга возникает, если заболевание характеризуется признаками

- а)нарастающей внутричерепной гипертензии
- б)очагового церебрального поражения
- в)общемозговыми симптомами
- г)верно а) и б)
- д)всеми перечисленными

038.При диагностике абсцесса головного мозга из контрастных методов получить прямое изображение патологического очага округлой формы можно с помощью

- а)пневмоэнцефалографии
- б)вентрикулографии
- в)ангиографии
- г)g-сцинтиграфии
- д)всего перечисленного

039.Прорыв абсцесса в ликвороносные пути можно диагностировать на основании появления у больного

- а)высокой температуры
- б)менингеального синдрома
- в)мутной спинномозговой жидкости при пункции
- г)верно а) и б)
- д)всего перечисленного

040.Эффективным методом лечения абсцесса мозга является

- а)массивное введение антибиотиков и дегидратирующих средств
- б)хирургическое удаление абсцесса
- в)промывание полости абсцесса диоксидином
- г)промывание полости абсцесса антибиотиками
- д)применение противовоспалительных доз лучевой терапии

041.При отстаивании ликвора больного туберкулезным менингитом через 12-24 ч можно обнаружить

- а)опалесценцию
- б)ксантохромия
- в)фибриновую пленку
- г)выпадение осадка

042.Нарушение походки при дифтерийной полинейропатии обусловлено

- а)нижним спастическим парапарезом
- б)мозжечковой атаксией
- в)экстрапирамидной ригидностью
- г)сенситивной атаксией

043.При локализованной форме дифтерии (нос, зев, гортань) для профилактики полинейропатии достаточно введения противодифтерийной сыворотки в дозе

- а)5-10 тыс МЕ
- б)10-15 тыс МЕ

- в)15-30 тыс МЕ
- г)верно а) и б)
- д)верно б) и в)

044. Этиотропная фармакотерапия токсоплазмоза не проводится

- а)хлоридином
- б)аминохинолом
- в)сульфадимезином
- г)эритромицином

045. При токсической генерализованной форме дифтерии для профилактики полирадикулонейропатии достаточным является введение противодифтерийной сыворотки в дозе

- а)50-70 тыс МЕ
- б)70-100 тыс МЕ
- в)100-200 тыс МЕ
- г)120-150 тыс МЕ
- д)указанные дозы недостаточны

046. Энцефалическая реакция при гриппе характеризуется всеми следующими симптомами, за исключением

- а)гемиплегии
- б)менингеального синдрома
- в)судорожных припадков с утратой сознания
- г)утраты сознания с двигательными автоматизмами
- д)повышения давления спинномозговой жидкости

047. Для неврологических нарушений при ботулизме характерны все симптомы, кроме

- а)пареза аккомодации
- б)пареза глазодвигательной мускулатуры
- в)дисфонии, дисфагии, дизартрии
- г)гиперсаливации
- д)миастеноподобных симптомов

048. Высокий риск летального исхода полинейропатии при дифтерии определяется поражением

- а)бульбарных черепных нервов
- б)диафрагмы
- в)миокарда
- г)верно а) и б)
- д)всего перечисленного

049. Для лечения генерализованных болезненных мышечных спазмов и судорог при столбняке препаратом первого выбора является

- а)хлоралгидрат
- б)тиопентал
- в)фенобарбитал
- г)седуксен
- д)тубокурарин

050. Для клинической картины поражения нервной системы при приобретенном токсоплазмозе (токсоплазменный менингоэнцефалит) не характерно наличие

- а)хориоретинита
- б)атрофии зрительных нервов

- в)неврогенной глухоты
- г)судорожных припадков
- д)положительных серологических тестов в высоких разведениях

051. Диагнозу церебрального цистицеркоза способствуют все следующие данные, кроме

- а)выявления кист с помощью компьютерной томографии в ткани и желудочках мозга
- б)нестабильного синдрома внутричерепной гипертензии
- в)атрофии зрительных нервов и нейрогенной глухоты
- г)отвращения к жирной и сладкой пище

052. Для церебрального цистицеркоза характерен плеоцитоз

- а)нейтрофильный
- б)нейтрофильно-лимфоцитарный
- в)лимфоцитарно-базофильный
- г)лимфоцитарный
- д)лимфоцитарно-моноцитарный

053. Клиническими и морфологическими особенностями иммунозависимого коревого энцефалита являются

- а)возникновение неврологических симптомов на 3-6-й день после появления сыпи
- б)возникновение неврологических симптомов на 2-3-й неделе после возникновения сыпи
- в)субстрат-перивенозная демиелинизация с деструкцией волокон
- г)субстрат-перивенозные кровоизлияния
- д)верно а) и в)
- е)верно б) и г)

054. Для менингоэнцефалита после антирабической вакцинации не характерно наличие

- а)острого начала с высокой температурой
- б)парезов глазодвигателей
- в)спастических парезов и параличей
- г)хореоатетоза
- д)судорожного синдрома

055. Для сифилитического поражения слуховых нервов характерно

- а)снижение костной проводимости при сохранении воздушной
- б)снижение воздушной проводимости при сохранении костной
- в)снижение костной и воздушной проводимости
- г)сохранение костной и воздушной проводимости

056. Морфологическим субстратом ранних форм нейросифилиса являются

- а)воспалительные изменения в оболочках головного и спинного мозга
- б)воспалительные изменения в сосудах ЦНС
- в)дегенеративные изменения паренхимы головного и спинного мозга
- г)очаги демиелинизации в ЦНС
- д)все перечисленные
- е)верно а) и б)

057. Для поражения зрительных нервов при сифилитическом базальном менингите характерным является

- а)изменение полей зрения
- б)нарушение цветоощущения
- в)папиллит с кровоизлияниями

г)верно а) и б)

058. Поздние формы нейросифилиса встречаются в виде

- а) гуммы мозга
- б) спинной сухотки
- в) менинговаскулярного (или васкулярного) сифилиса
- г) бессимптомного поражения оболочек
- д) верно а), б) и в)
- е) всего перечисленного

059. Диагноз нейросифилиса подтверждается следующими методами исследования цереброспинальной жидкости, за исключением

- а) реакции Вассермана с тремя разведениями ликвора
- б) коллоидной реакции Ланге
- в) коллоидной реакции Таката - Ара
- г) реакции иммобилизации бледных трепонем

060. Нарушение статики и походки при спинной сухотке обусловлено

- а) вялыми параличами ног
- б) мозжечковой атаксией
- в) сенситивной атаксией
- г) снижением зрения при табетической атрофии зрительных нервов
- д) табетической артропатией

061. Термином "табетические кризы" у больных спинной сухоткой обозначают

- а) пароксизмы тахикардии
- б) колебания артериального давления
- в) пароксизмы болей рвущего характера
- г) эпизоды профузной потливости и общей слабости
- д) все перечисленное

062. Первичная табетическая атрофия зрительных нервов при спинной сухотке характеризуется следующими изменениями на глазном дне

- а) побледнением височных половин дисков
- б) серой окраской дисков
- в) отеком дисков
- г) сохранностью четких границ дисков
- д) верно а) и в)
- е) верно б) и г)

063. Морфологическим субстратом арахноидита является хронический продуктивный процесс в паутинной, а также

- а) в мягкой мозговой оболочке
- б) в эпандиме желудочков
- в) в сосудистых сплетениях
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленное

064. Решающее значение в патогенезе симптомов арахноидита играет

- а) увеличение продукции ликвора
- б) нарушение циркуляции ликвора
- в) нарушение всасывания ликвора

- г)верно а) и б)
- д)верно б) и в)

065. Наиболее выражены нарушения циркуляции ликвора при локализации арахноидита

- а)в оптохиазмальной области
- б)в цистернах основания мозга
- в)в области мостомозжечкового угла
- г)верно а) и б)
- д)верно б) и в)

066. Оптикохиазмальный арахноидит характеризуется

- а)снижением остроты зрения
- б)концентрическим сужением полей зрения
- в)отеком диска зрительных нервов
- г)всем перечисленным
- д)верно а) и б)

067. Оптикохиазмальный арахноидит может быть ошибочно диагностирован

- а)при ретробульбарном неврите
- б)при оптикомиелите
- в)при рассеянном склерозе
- г)при наследственной атрофии зрительных нервов Лебера
- д)верно а), б) и в)
- е)при всем перечисленном

068. Арахноидит задней черепной ямки необходимо дифференцировать

- а)от опухоли той же локализации
- б)от синдрома Арнольда - Киари
- в)от синдрома Клиппеля - Фейля
- д)от всего перечисленного
- д)верно а) и б)

069. Арахноидит мостомозжечкового угла следует дифференцировать

- а)от невриномы III нерва
- б)от арахноидэндотелиомы задней черепной ямки
- в)от сиригобульбии
- г)от всего перечисленного
- д)верно а) и б)

070. Среди физиотерапевтических методов лечения при церебральном арахноидите наиболее эффективен

- а)электрофорез новокаина по Бургиньону
- б)назальный электрофорез хлористого кальция
- в)назальный электрофорез лекозима
- г)верно б) и в)
- д)верно а) и в)

071. Острый гнойный эпидурит может быть осложнением таких воспалительных процессов как

- а)абсцессы и флегмоны органов и тканей
- б)остеомиелит
- в)пансинусит
- г)верно а) и б)

д)все перечисленное

072.Патогенез неврологических симптомов острого эпидурита обусловлен

- а)воспалительно-токсическим влиянием очага
- б)компрессией корешков спинного мозга
- в)нарушением кровообращения в оболочках
- г)верно а) и б)
- д)всем перечисленным

073.Неврологические симптомы острого спинального эпидурита представлены

- а)корешковыми болями
- б)синдромом компрессии спинного мозга
- в)утратой сознания
- г)верно а) и б)
- д)верно б) и в)

074.Из перечисленных антибиотиков наибольшей способностью проникать через гемато-энцефалический барьер обладает

- а)цефтриаксон (лонгацеф)
- б)клиндамицин (далацин)
- в)рифампицин (бенемидин)
- г)цефалотин (кефлин)

075.Для уточнения распространенности воспалительного процесса при гнойном эпидурите на грудном уровне применяют следующие методы исследования, за исключением

- а)ревизии субарахноидального пространства
- б)люмбальной пункции
- в)нисходящей миелографии
- г)компьютерной томографии
- д)магнитно-резонансной томографии

076.Ранней диагностике поражения нервной системы при СПИДе способствует выявление в цереброспинальной жидкости

- а)нарастания ВИЧ-антител
- б)высокого лимфоцитарного плеоцитоза
- в)повышения содержания иммуноглобулина G
- г)верно а) и в)
- д)верно а) и б)

077.Психические нарушения при СПИДе представлены следующими симптомами

- а)снижением памяти и критики
- б)дезориентированностью и галлюцинациями
- в)прогрессирующей деменцией
- г)верно а) и в)
- д)все перечисленное

078.Частыми возбудителями СПИД-ассоциированных инфекций нервной системы являются

- а)микобактерии туберкулеза
- б)аденовирусы
- в)кандиды
- г)листерии
- д)вирусы простого герпеса

079. Поражение нервной системы ВИЧ-инфекцией проявляется
- а) энцефалопатией
 - б) острым рецидивирующим менингитом
 - в) миелопатией
 - г) всем перечисленным
 - д) верно а) и б)
080. Поражение нервной системы, вызываемое выработанными при СПИДе антителами к нервной ткани, проявляется в форме
- а) менингита
 - б) менингоэнцефалита
 - в) энцефаломиелита
 - г) полинейропатии
 - д) всего перечисленного
081. Препарат мидантан при рассеянном склерозе эффективен для коррекции
- а) пирамидной гиперрефлексии
 - б) мозжечковой дискоординации
 - в) зрительных нарушений
 - г) патологической мышечной утомляемости
082. Главным патогенетическим звеном при дифтерийной полиневропатии является блокада дифтерийным токсином
- а) ретроградного аксонального транспорта
 - б) синаптической передачи
 - в) синтеза белка на уровне ядра шванновской клетки
 - г) "калий-натриевого насоса" на поверхности мембраны шванновской клетки
083. Морфологические изменения при дифтерийной полиневропатии обусловлены
- а) лимфоидной инфильтрацией периферических нервов
 - б) дегенерацией аксонов
 - в) сегментарной демиелинизацией
 - г) пролиферацией шванновских клеток

Ситуационные задачи

1. Во время эпидемии гриппа, к 48 летнему мужчине была вызвана скорая помощь. Жена рассказала, что заболел остро, температура поднялась до 39С, беспокоила сильная головная боль, рвота. Постепенно стал сонлив, перестал отвечать на вопросы, жена рассказала, что были судороги. Из анамнеза известно, что неделю назад вернулся из командировки с Дальнего Востока. При объективном осмотре врач выявил: лицо гиперемировано, ЧСС – 110 в мин., на теле – геморрагическая сыпь. При неврологическом осмотре: сознание спутано, левосторонний центральный гемипарез, ригидность мышц шеи, верхний симптом Брудзинского положительный.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).

7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

2. 3-х летний ребенок, посещает ясли на полный день. Воспитательница заметила, что мальчик стал вялый, а затем начал плакать и беспокоиться. Измерение температуры выявило 39 С, возникла рвота. К моменту приезда скорой помощи: ребенок лежит в кровати, сознание спутано, головка запрокинута назад, ноги подтянуты к животу. Срочно доставлен в больницу, где произведена люмбальная пункция. Анализ ликвора: давление 250 мм водного столба, цвет мутный, цитоз 1000 в 1 мм³, преобладают нейтрофилы.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
 2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
 3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
 4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
 5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
 6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
 7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).
3. Студент 5 курса медицинского ВУЗа, через 14 дней после окончания цикла инфекционных болезней, заболел эпидемическим паротитом. На фоне высокой температуры, через 3 дня после припухания желез, появилась интенсивная головная боль, сопровождающаяся рвотой. В связи с ухудшением состояния повторно вызвал участкового врача. При осмотре выявлены положительные менингеальные симптомы.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
 2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
 3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
 4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
 5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
 6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
 7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).
4. У солдата срочной службы остро развилось лихорадочное состояние, температура 39 С, рвота, потеря сознания. Врач выявил сниженное питание, астеническое телосложение, мелкоточечную сыпь в области ягодиц и подколенных ямок, пульс- 98 в мин., ритмичный. Неврологически: выраженная ригидность мышц шеи, симптом Кернига, верхний и нижний симптомы Брудзинского. Анализ ликвора: давление 300 мм водного столба, цвет мутный, белесоватый, цитоз 1500 в 1 мм³, преобладают нейтрофилы. При опросе солдат этой роты, выяснилось, что у одного из них постоянно был насморк с гнойным отделяемым.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
 2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
 3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
 4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
 5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
 6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
 7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).
5. Женщина 39 ти лет, проживающая в Санкт-Петербурге, доставлена в больницу в тяжелом состоянии. Из анамнеза известно, что две недели назад была с друзьями в походе, жили в

палатке. При поступлении: жалуется на головную боль и выраженную слабость в руках. Объективно: сознание спутанное, высокая температура, умеренно выраженный менингеальный синдром, выявляются периферические парезы мышц шеи и верхних конечностей. Анализ ликвора: давление 350 мм водного столба, бесцветный, белок 2,0 г/л, цитоз 40 в 1 мм³ (лимфоциты)

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
 2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
 3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
 4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
 5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
 6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
 7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).
- 6.** Родители 9ти летнего ребенка вызвали врача на дом. Рассказали, что в течение 2,5 недель у сына была небольшая температура 37,2- 37,5, плохо себя чувствовал, болела голова, была однократная рвота. Сегодня с утра появилось двоение в глазах. За последний год похудел на 3 кг, часто жаловался на утомляемость, ухудшилась успеваемость в школе, появился частый кашель. Врач выявил: умеренно выраженный менингеальный синдром, легкое расходящееся косоглазие и легкий птоз справа. Мальчика срочно госпитализировали. Анализ ликвора: давление 400 мм водного столба, жидкость бесцветная, через 24 часа появилась неясная фибриновая сетка, белок 0,65 г/л, цитоз 200 в 1 мм³, преобладают лимфоциты, сахар 0,6 ммоль/л.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
 2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
 3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
 4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
 5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
 6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
 7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).
- 7.** В летнем детском спортивном лагере у троих детей возраста от 6 до 9 лет в течение 2-х суток повысилась температура до 38 градусов, появилась сильная головная боль, головокружение, повторная рвота. У одного ребенка развился судорожный припадок. При осмотре: состояние у всех средней тяжести, гиперемированная окраска лица с бледным носогубным треугольником, умеренно выраженные менингеальные симптомы. В анализе ликвора ребенка, которого первым доставили в районную больницу: ликвор прозрачный, бесцветный, давление 350 мм вод.ст., 400 клеток в 1мкл, преобладают лимфоциты, белок – 0,2 г\л.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

8. Пациент 69 лет амбулаторно наблюдается у ЛОР врача в связи с правосторонним гнойным средним отитом. Из назначенной терапии пользуется местными каплями с аминогликозидным антибиотиком и сам делает согревающие компрессы. Внезапно его состояние резко ухудшилось, появилась сильная головная боль, больше справа, головокружение, рвота. Доставлен в ЛОР отделение больницы, где в приемном отделении выявлен менингеальный симптомокомплекс. Проведена люмбальная пункция. В анализе ликвора: мутный, давление 280 мм вод.ст., 800 клеток в 1мкл (нейтрофилы), белок – 0,9 г\л, сахар – 2,1 мкмоль\л.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

9. Во время летних каникул, находясь у бабушки в деревне в Белоруссии, 14-летний подросток регулярно пил козье молоко, которое покупала бабушка в соседней деревне. Внезапно у него возник озноб, поднялась температура до 39 градусов, заболела голова, была рвота. На второй день болезни был жидкий стул, боли в животе. Через 2 дня температура снизилась, но еще через 2, вновь поднялась, стал сонлив и спутан, в связи с чем доставлен в больницу. В больнице определили положительные симптомы ригидности шейных мышц, Кернига и Брудзинского. Очаговой неврологической симптоматики выявлено не было. В анализе ликвора: бесцветный, прозрачный, давление –350 мм вод.ст., цитоз- 200 кл. в 1 мкл, смешанного х-ра, с преобладанием лимфоцитов.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

10. Сестра вызвала скорую помощь своему 30 летнему брату, так как у него развился эпилептический припадок. Из анамнеза известно, что пациент ВИЧ инфицирован. Пациента срочно госпитализировали. Во время осмотра пациент жалуется на сильную головную боль, сонлив, спутан, на вопросы отвечает не по существу. Объективно: сенсорная афазия Вернике, правосторонний гемипарез. В анализе ликвора: легкая ксантохромия, цитоз-300 в 1 мл, белок- 2,0 г\л, давление 280 мм вод.ст. На МРТ-признаки поражения лобных и височных долей головного мозга (некроз, геморрагии, отек).

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).

7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

11. Мужчина 51 года был госпитализирован с подозрением на стенокардию из-за выраженного болевого синдрома в левой половине грудной клетки. Проведенное обследование (биохимические анализы крови, ЭКГ, Эхо-КГ) патологии не выявило. Через 2 дня у пациента слева на уровне сосков появились пузырьковые высыпания в виде опоясывающей полосы, в этой же области зона гипестезии.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

МОДУЛЬ: ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, МЫШЦ И НЕРВНО-МЫШЕЧНОЙ ПЕРЕДАЧИ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10

001. 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

002. Фактором, определяющим поражение нервов при дифтерийной полинейропатии, является

- а) инфекционный
- б) токсический
- в) сосудистый
- г) метаболический
- д) все перечисленные

003. 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)

004. Для алкогольной полинейропатии характерно

- а) преимущественное поражение нижних конечностей
- б) преимущественное поражение верхних конечностей
- в) боли в голених и стопах
- г) боли в предплечьях и кистях
- д) верно а) и в)

е)верно б) и г)

005.Лекарственные полинейропатии чаще вызывают

- а)цитостатики
- б)гипотензивные препараты
- в)противотуберкулезные средства
- г)верно а) и в)
- д)верно а) и б)

006.Для дифтерийной полинейропатии не характерно наличие

- а)бульбарных расстройств
- б)газовых расстройств
- в)расстройств глубокой чувствительности
- г)нарушения аккомодации
- д)сенсорной атаксии

007.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)

008.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)

009.Для мышьяковой полинейропатии характерно наличие

- а)преимущественных поражений нервов ног
- б)багрово-синюшных полос на голених
- в)белых полос на ногтях
- г)верно а) и в)
- д)верно а) и б)

010.Сопутствующим симптомом полинейропатии при пернициозной анемии является

- а)снижение сывороточного железа в крови
- б)фуникулярный миелоз
- в)гиперацидный гастрит
- г)все перечисленное

011.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)

012.Для диабетической полинейропатии не характерно

- а) поражение черепных нервов
- б) вегетативные расстройства
- в) преимущественное поражение нервов верхних конечностей
- г) нарушение вибрационной чувствительности

013. Полинейропатии при лейкозах возникают в результате

- а) эндолумбального введения преднизолона
- б) приема цитостатиков внутрь
- в) сдавления нервных стволов специфическими инфильтратами
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

014. Для уремической полинейропатии характерно

- а) снижение скорости проведения возбуждения по нервам
- б) поражение черепных нервов
- в) преобладание аксональной дегенерации
- г) все перечисленное

015. 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

016. 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)

448

017. Причиной наследственно обусловленной нейропатии может быть

- а) амилоидоз
- б) порфирия
- в) гепато-церебральная дистрофия
- г) все перечисленное
- д) верно а) и б)

018. 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)

019. Для компрессионной нейропатии срединного нерва (синдром запястного канала) характерны

- а) слабость I, II 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)

020.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)

021.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)

022.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)

023.Для дифференциальной диагностики аксонопатий и миелінопатий наиболее информативным исследованием является

- а)иммунологическое исследование крови
- б)электромиография
- в)иммунологическое исследование ликвора
- г)биопсия мышц

024.В остром периоде нейропатий нецелесообразно применять

- а)электрофорез новокаина
- б)электростимуляцию
- в)микроволны
- г)диадинамические токи
- д)все перечисленное

025.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)

026.Инфекционный полиневрит вызывают

- а)дифтерия
- б)ботулизм
- в)проказа
- г)все перечисленное
- д)верно а) и б)

027. 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)
028. 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
029. 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
030. 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
031. Для изменений соска зрительного нерва при остром неврите характерны
- а) ступенчатость границ
 - б) гиперемия
 - в) побледнение
 - г) верно а) и б)
 - д) верно б) и в)
032. К демиелинизирующим относится полинейропатия
- а) Гийена - Барре
 - б) диабетическая
 - в) порфиридная
 - г) гипотиреоидная
033. Для нейропатии тройничного нерва характерны
- а) снижение корнеального рефлекса
 - б) нарушение вкуса на задней трети языка
 - в) гипалгезия во внутренней зоне Зельдера
 - г) гипертрофия жевательной мускулатуры
 - д) все перечисленное
034. Для поражения лицевого нерва в области мостомозжечкового угла не характерны
- а) снижение корнеального рефлекса
 - б) гиперакузия, сухость конъюнктивы

- в) нарушение вкуса на передних 2/3 языка
- г) сочетанное поражение I и III пары

035. Для кохлеарного неврита характерны

- а) гиперacusia
- б) изолированное снижение костной проводимости
- в) изолированное снижение воздушной проводимости
- г) сочетанное снижение костной и воздушной проводимости
- д) верно а) и в)

036. При поражении языкоглоточного нерва наблюдается

- а) нарушение вкуса на передних 2/3 языка
- б) парез гортани
- в) парез мягкого неба
- г) верно а) и в)
- д) верно б) и в)

037. Для поражения блуждающего нерва не характерны

- а) дисфония
- б) дисфагия
- в) нарушение сердечного ритма
- г) нарушение вкуса

038. Для нейропатии добавочного нерва характерны

- а) опущение лопатки
- б) похудание мышц шеи
- в) затруднение глотания
- г) все перечисленное
- д) верно а) и б)

039. Поражение ядра подъязычного нерва от надъядерного поражения отличается наличием

- а) дизартрии
- б) ограничения подвижности языка
- в) фибрилляций
- г) сопутствующего поражения блуждающего нерва
- д) всего перечисленного

040. 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)

041. 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)

042. Признаками нейропатии срединного нерва являются

- а)слабость I и пальцев кисти
- б)снижение чувствительности на ладонной поверхности I, пальцев
- в)слабость I, II пальцев кисти
- г)верно б) и в)
- д)верно а) и б)

043.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)

044.Для нейропатии локтевого нерва характерны

- а)"свисающая кисть"
- б)нарушение чувствительности в области I, II пальцев кисти
- в)невозможность приведения I, пальцев
- г)верно а) и в)
- д)все перечисленное

045.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)

046.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)

047.Для нейропатии седалищного нерва характерны

- а)симптом Вассермана
- б)выпадение ахиллова рефлекса
- в)выпадение коленного рефлекса
- г)все перечисленное
- д)верно а) и б)

048.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)

049.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)

050. В состав шейного сплетения не входит

- а) малый затылочный нерв
- б) подкрыльцовый нерв
- в) диафрагмальный нерв
- г) надключичный нерв
- д) большой ушной нерв

051. В состав плечевого сплетения не входит

- а) надключичный нерв
- б) подключичный нерв
- в) подкрыльцовый нерв
- г) локтевой нерв
- д) верно а) и в)

052. В состав поясничного сплетения не входит

- а) бедренный нерв
- б) запирающий нерв
- в) наружный кожный нерв бедра
- г) седалищный нерв
- д) бедренно-половой нерв

053. В состав крестцового сплетения входят

- а) наружный кожный нерв бедра
- б) запирающий нерв
- в) седалищный нерв
- г) все перечисленное
- д) верно а) и в)

054. При дисфункции височно-нижнечелюстного сустава наблюдается

- а) отечность околоушной области
- б) болезненность при пальпации височной мышцы
- в) ограничение подвижности нижней челюсти
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленное

055. Для болевой миофасциальной дисфункции лица характерны

- а) болезненность пораженной мышцы при жевании и открывании рта
- б) гипестезия в области пораженной мышцы
- в) наличие болезненных узелков в толще жевательной мышцы
- г) верно а) и б)
- д) верно а) и в)

056. Причиной невралгии тройничного нерва являются

- а) заболевания придаточных пазух
- б) компрессия корешка нерва извитыми сосудами на основании мозга
- в) сдавление ветвей нерва в подглазничном и нижнечелюстном каналах
- г) все перечисленное
- д) верно б) и в)

057. Для классической невралгии тройничного нерва характерны
- а) перманентный болевой синдром
 - б) гипалгезии на лице в области иннервации II и III ветвей нерва
 - в) курчковые зоны на лице
 - г) психомоторное возбуждение во время приступа
 - д) верно б) и в)
058. Для неврита тройничного нерва характерны
- а) отсутствие постоянного болевого синдрома
 - б) гиперестезия на лице
 - в) трофические расстройства на лице
 - г) слабость жевательной мускулатуры
 - д) верно в) и г)
 - е) все перечисленное
059. Для невралгии носоресничного нерва характерны
- а) приступообразные боли в области глаза и носа
 - б) приступообразные боли в лобно-височно-затылочной области
 - в) ринорея, слезотечение
 - г) верно а) и в)
 - д) верно б) и в)
060. Для невралгии ушно-височного нерва характерны
- а) наличие курчковых зон в области виска
 - б) гиперемия и гипергидроз околоушной области
 - в) приступообразные боли в околоушной области
 - г) все перечисленное
 - д) верно б) и в)
061. Для невралгии языкоглоточного нерва характерны
- а) приступы стреляющих болей в корне языка
 - б) приступы стреляющих болей в миндалинах
 - в) наличие курчковых зон в корне языка
 - г) все перечисленное
 - д) верно а) и в)
062. Для невралгии верхнегортанного нерва характерны
- а) приступы болей в области гортани
 - б) пароксизмы кашля во время болевого приступа
 - в) дисфония
 - г) все перечисленное
 - д) верно а) и б)
063. Для ганглионита коленчатого узла XIII нерва характерны
- а) боли в области уха с иррадиацией в затылок
 - б) герпетические высыпания в ушной раковине
 - в) нарушения вкуса на задней 1/3 языка
 - г) все перечисленное
 - д) верно а) и б)
064. Для невралгии затылочного нерва характерно
- а) боль в околоушной области

- б)боль в области затылка с иррадиацией в надплечье
- в)болезненность при пальпации остистых отростков С3-С7
- г)напряжение мышц шеи
- д)все перечисленное

065.В период обострения невралгии тройничного нерва применяются

- а)диадинамические токи на область выхода ветвей нерва
- б)грязевые аппликации на воротниковую зону
- в)электрофорез новокаина на область выхода ветвей нерва
- г)все перечисленное
- д)верно а) и в)

066.Наиболее эффективным методом патогенетической терапии невралгии тройничного нерва является назначение

- а)аналгетиков
- б)спазмолитиков
- в)противосудорожных средств
- г)всего перечисленного
- д)ничего из перечисленного

067.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)

068.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 I, 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)

069.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)

070.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)

071.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

072. 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)

073. Для заднего шейного симпатического синдрома характерны

- а) сочетание кохлеовестибулярных, зрительных, вестибуломожжечковых 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

074. 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)

075. 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

076. 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 пальца кисти
- д) верно а) и б)
- е) верно в) и г)

077. 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 пальца кисти, выпадение карпорадиального рефлекса
- г) ничего из перечисленного

078. 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)

079. 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)

080. Платибазией называется краниовертебральная аномалия, при которой имеется

- а) уплощение ската затылочной кости
- б) воронкообразное вдавление в область затылочного отверстия
- в) сращение I шейного позвонка с затылочной костью
- г) все перечисленное
- д) верно б) и в)

081. Аномалией Арнольда - Киари называется патология, при которой имеется

- а) сращение шейных позвонков
- б) сращение I шейного позвонка с затылочной костью
- в) смещение вниз миндалин мозжечка
- г) расщепление дужки I шейного позвонка
- д) все перечисленное

082. Наиболее информативными методами исследования при врожденной аномалии мозга Денди - Уолкера являются

- а) вентрикулография
- б) компьютерная томография мозга
- в) миелография
- г) рентгенография краниовертебрального перехода
- д) все перечисленные
- е) верно а) и б)

083. 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)

084. 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)

085. 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)

086. 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

087. 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)

088. 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

089. 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)

090. Показанием к хирургическому лечению неврологических проявлений шейного остеохондроза является

- а) выраженная клиника компрессии плечевого сплетения при синдроме лестничной мышцы
- б) компрессия остеофитами позвоночной артерии
- в) выраженный спондилез на всем протяжении шейного отдела позвоночника
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

091. Для туберкулезного спондилита характерны

- а) сколиоз позвоночника

- б) кифоз позвоночника
- в) клиновидная деформация позвонков
- г) деструкция тел позвонков
- д) все перечисленное
- е) верно а) и б)

092. 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)

093. 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

094. Для остеохондроза 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

095. В остром периоде вертеброгенных корешковых синдромов применяют

- а) массаж
- б) грязелечение
- в) иглорефлексотерапию
- г) аппликации парафина
- д) все перечисленное

096. 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)

097. При невралгической амиотрофии Шарко - Мари наблюдается

- а) дистальная амиотрофия конечностей
- б) проксимальная амиотрофия конечностей
- в) амиотрофия туловища
- г) псевдогипертрофия икроножных мышц

098. 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)

099. 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)

100. Участком возможной компрессии срединного нерва является

- а) "плечевой канал"
- б) "спиральный канал"
- в) наружная межмышечная перегородка плеча
- г) костно-фиброзный канал Гююна

Ситуационные задачи

1. У мужчины 42 лет появились сильные опоясывающие боли в левой половине грудной клетки, в связи с чем, был госпитализирован в кардиологическое отделение. Экстренные исследования ЭКГ и биохимического анализа крови не выявили сердечной патологии. Через два дня в левой половине грудной клетки, на уровне соска, в зоне болей появились высыпания в виде пузырьков. Осмотр невролога выявил зону гипестезии в этой же области.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

2. 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 с угла 30°, гипестезия по заднелатеральной поверхности бедра и голени.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

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.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

4. Женщина 72 лет страдает сахарным диабетом II типа в течение 17 лет. В последние два года отмечались частые состояния гипергликемии из-за нерегулярного приема гипогликемических препаратов. Пациентка обратилась к участковому терапевту с жалобами на сильный зуд и боль в правой стопе. При осмотре: суставы стоп деформированы, больше справа, кожа на стопах истончена, справа – язва диаметром 2 см. Ахилловы рефлексы отсутствуют, коленные – очень низкие. Гипестезия в ногах – до средней трети голени. Рефлексы на верхних конечностях снижены.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

5. Мужчина 53 лет, страдающий хроническим панкреатитом, пришел в поликлинику с жалобами на онемение, «жжение» в стопах, боль в мышцах голени, неуверенность при ходьбе, особенно в темное время, парестезии в пальцах рук, Эти явления появились около 5ти недель назад. Наблюдается у нарколога в связи со злоупотреблением спиртными напитками. Врач выявил: снижение силы разгибателей стоп, гипотонию икроножных мышц, ахилловы рефлексы не вызываются, снижены карпорадиальные рефлексы. Снижение поверхностной чувствительности на стопах и кистях. Снижение мышечно-суставного чувства в пальцах стоп.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

6. Студентка медицинского училища обратилась к врачу с жалобами на слабость, сердцебиение, нарушение зрения (нечеткость видения предметов), «осиплость» голоса. Из анамнеза известно, что 1 месяц назад, болело горло, повышалась температура. Лечилась

самостоятельно, т. к. не хотела пропускать практические занятия в детской инфекционной больнице. При объективном осмотре выявлено снижение глоточного рефлекса, дисфония, снижение ахилловых рефлексов, нарушение мышечно-суставного чувства в стопах. Нарушений функций тазовых органов нет.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

7. Мужчина 35 лет поступил с жалобами на слабость в ногах. Из анамнеза известно, что 3 недели назад перенес ОРВИ. Два дня назад отметил затруднение при подъеме по лестнице. В неврологическом статусе: мышечный тонус в ногах снижен, снижена сила в дистальных отделах конечностей – до 4 баллов, в проксимальных отделах – до 3 баллов. Глубокие рефлексы с ног не вызываются. Патологических стопных рефлексов нет. Отмечается легкая слабость в проксимальных отделах рук. Глубокие рефлексы на руках снижены, больше в проксимальных отделах. Умеренно выражены симптомы натяжения (с-м Лассега с 50°) с двух сторон, других чувствительных нарушений нет. Функция тазовых органов не нарушена.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

8. У мужчины 39 лет на фоне силовых нагрузок в тренажерном зале, которые он проводил после длительного перерыва, появились резкие боли в поясничном отделе позвоночника, боль и парестезии по передней поверхности голени до первых пальцев стопы справа. Боль усиливается при движении и физической нагрузке. В течение пяти дней самостоятельно применял местно мазь с согревающим эффектом. Состояние пациента не изменилось, и он обратился за помощью к врачу семейной практики. При осмотре отмечается сглаженность поясничного лордоза, напряжение мышц спины, резкое ограничение подвижности в поясничном отделе, симптом Лассега 40° справа, гипестезия соответствующая локализации болей, слабость тыльного разгибания первого пальца стопы справа, изменений рефлексов с нижних конечностей не выявлено.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

9. Студент четвертого курса работал во время «практики» в приемном отделении. На дежурстве, в момент переключивания больного с каталки на рентгеновский стол, внезапно, почувствовал боль в пояснице, с трудом смог выпрямиться через несколько минут. На следующий день, в связи с сохраняющейся болью, обратился к врачу. При осмотре: выпрямление поясничного лордоза, напряжение длинных мышц спины, резкое ограничение подвижности в поясничном отделе. Рефлексы с ног живые, одинаковые с обеих сторон, патологических знаков нет, нарушений чувствительности не выявлено. На рентгенограмме поясничного отдела позвоночника костно-травматических повреждений нет.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

10. Больной 52 лет, находясь в деревне, во время физической нагрузки (занимался ремонтом дома) внезапно почувствовал резкую слабость в ногах, жгучие боли в ногах, больше по внутренней поверхности, отметил нарушение мочеиспускания. Для уменьшения боли принял парацетамол, однако состояние не изменилось. На следующий день обратился к врачу. При
- тре: Тонус в ногах снижен, асимметричный дистальный нижний парапарез, коленные рефлексы очень низкие, рефлексы с ахилловых сухожилий не вызываются, гипестезия в области промежности и по внутренней поверхности бедер.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

11. У больного 40 лет после физической нагрузки появились резкие боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией по задней поверхности бедра справа. При осмотре отмечается сглаженность поясничного лордоза, снижение правого ахиллова рефлекса, симптом Лассега \square 40 \square справа.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

МОДУЛЬ: НЕРВНО-МЫШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10

1. СПИНАЛЬНЫЕ АМИОТРОФИИ ЭТО:

- 1) группа прогрессирующих нервно-мышечных заболеваний, при которых слабость мышечного аппарата обусловлена поражением спинного мозга
- 2) то же, но слабость мышц обусловлена первичным поражением нервов
- 3) группа наследственных заболеваний, характеризующаяся нарастанием мышечной слабости и атрофии
- 4) группа прогрессирующих нервно-мышечных заболеваний, при которых очаг располагается в стволе головного мозга
- 5) группа прогрессирующих нервно-мышечных заболеваний, при которых первично поражаются мышцы

2. К СПИНАЛЬНЫМ АМИОТРОФИЯМ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- 1) Шарко-Мари, Дежерина-Сотта
- 2) Вердинга-Гоффмана
- 3) Кугельберга-Веландера
- 4) Эрба-Ротта
- 5) Ландузи-Дежерина

3. ПРИ БОЛЕЗНИ ВЕРДИНГА-ГОФФМАНА ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ:

- 1) аутосомно-доминантный
- 2) аутосомно-рецессивный
- 3) сцепленный с X-хромосомой
- 4) голондрический
- 5) митохондриальный

4. В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ НЕВРОПАТИЙ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ:

- 1) электрофорез новокаина
- 2) электростимуляцию
- 3) диадинамические токи
- 4) дегидратационную терапию
- 5) противовоспалительную терапию

5. ПРИ СПИНАЛЬНОЙ АМИОТРОФИИ ВЕРДИНГА-ГОФФМАНА ВЕДУЩИМИ СИМПТОМАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) вялые парезы
- 2) мышечная гипотония
- 3) сухожильная арефлексия
- 4) снижение силы мышц, изменение походки
- 5) все вышеперечисленные

6. РАННЯЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ВЕРДИНГА-ГОФФМАНА НАЧИНАЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ:

- 1) с рождения

- 2) до 1,5 лет
- 3) 1,5-2 года
- 4) после 5 лет
- 5) после 10 лет

7. ФОРМА БОЛЕЗНИ ВЕРДИНГА-ГОФФМАНА, ДЛЯ КОТОРОЙ В ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫ ВЯЛЫЕ ПАРЕЗЫ КОНЕЧНОСТЕЙ, НИЗКИЙ МЫШЕЧНЫЙ ТОНУС, БУЛЬБАРНЫЕ РАССТРОЙСТВА :

- 1) ранняя
- 2) поздняя
- 3) врожденная
- 4) ультрабыстрая
- 5) кратковременная

8. ДЛЯ КЛИНИКИ РАННЕЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ ВЕРДИНГА-ГОФФМАНА ХАРАКТЕРНО:

- 1) утрата ранее приобретенных двигательных навыков
- 2) больные долго сохраняют способность к передвижению
- 3) появляются псевдогипертрофии икроножных мышц
- 4) повышение рефлексов
- 5) патологические стопные знаки

9. ИНТЕЛЛЕКТ, КАК ПРАВИЛО, ОСТАЕТСЯ СОХРАННЫМ ПРИ СЛЕДУЮЩЕЙ ФОРМЕ ГИДРОЦЕФАЛИИ:

- 1) врожденной форме
- 2) ранней форме
- 3) поздней форме
- 4) кратковременной
- 5) тяжелой

10. БОЛЕЗНЬ КУГЕЛЬБЕРГА-ВЕЛАНДЕРА РАЗВИВАЕТСЯ:

- 1) в первые дни после рождения
- 2) до 1,5 лет
- 3) с 2 до 17 лет
- 4) уже внутриутробно
- 5) после 50 лет

11. БОЛЕЗНЬ КУГЕЛЬБЕРГА-ВЕЛАНДЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) проксимальные парезы
- 2) псевдогипертрофии икроножных и ягодичных мышц
- 3) фасцикулярные подергивания мышц
- 4) гипорефлексия, арефлексия
- 5) все вышеперечисленные

12. ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ КУГЕЛЬБЕРГА-ВЕЛАНДЕРА:

- 1) доброкачественное, больные длительно сохраняют способность самостоятельно передвигаться
- 2) способность к самостоятельной ходьбе сохраняется редко
- 3) с рождения больные кресельного содержания
- 4) быстро приводит к смерти
- 5) прогрессирующее

13. ПРИ БИОХИМИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ КРОВИ ПРИ БОЛЕЗНИ КУГЕЛЬБЕРГА-ВЕЛАНДЕРА ОБНАРУЖИВАЮТ:

- 1) умеренное повышение креатинфосфокиназы
- 2) креатинфосфокиназы, альдаза в норме
- 3) снижение креатинфосфокиназы
- 4) повышение билирубина
- 5) снижение АЛТ

14. ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВСЕХ ФОРМАХ СПИНАЛЬНЫХ АМИОТРОФИЙ:

- 1) строго специфическое
- 2) симптоматическое
- 3) не проводится
- 4) антирезидивное
- 5) только массаж и ЛФК

15. НЕВРАЛЬНЫЕ АМИОТРОФИИ ЭТО:

- 1) группа прогрессирующих нервно-мышечных заболеваний, при которых слабость мышечного аппарата обусловлена поражением спинного мозга
- 2) то же, но слабость мышц обусловлена первичным поражением нервов
- 3) группа наследственных заболеваний, характеризующаяся нарастанием мышечной слабости и атрофии
- 4) группа прогрессирующих нервно-мышечных заболеваний, при которых патологический очаг располагается в мышцах
- 5) группа прогрессирующих нервно-мышечных заболеваний, при которых очаг располагается в боковых столбах спинного мозга

16. К ГРУППЕ НЕВРАЛЬНЫХ АМИОТРОФИЙ ОТНОСЯТ:

- 1) Шарко-Мари, Дежерина-Сотта
- 2) Кугельберга-Веландера
- 3) Вердинга-Гоффмана
- 4) Эрба-Ротта,
- 5) Ландузи-Дежерина

17. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ШАРКО-МАРИ ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ:

- 1) аутосомно-доминантный
- 2) аутосомно-рецессивный
- 3) сцепленным с X-хромосомой
- 4) митохондриальный
- 5) голондрический

18. ЧАЩЕ БОЛЕЗНЬ ШАРКО-МАРИ РАЗВИВАЕТСЯ :

- 1) до 3-х лет
- 2) в школьном возрасте
- 3) в зрелом возрасте
- 4) уже внутриутробно
- 5) в 4 – 5 лет

19. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ПОЛИНЕВРОПАТИЯХ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) дистальные атрофии стоп, костей
- 2) полиневритический тип расстройства чувствительности
- 3) снижение скорости проведения по периферическим нервам (по данным ЭМГ)
- 4) изменение походки
- 5) все вышеперечисленные

20. ОСНОВНЫМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) дефект метаболизма меди
- 2) увеличение печени, кольцо Кайзер-Флейшера вокруг радужки
- 3) снижение общего уровня меди в сыворотке крови и уровня сывороточного церулоплазмينا,
- 4) экстрапирамидные нарушения
- 5) все вышеперечисленные

21. ОСНОВНЫМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ДЕФОРМИРУЮЩЕЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) торсионные гиперкинезы мышц туловища, конечностей, головы
- 2) мышечная дистония
- 3) гиперрефлексия коленных, ахилловых рефлексов, патологические рефлекссы
- 4) нистагм
- 5) мозжечковые расстройства

22. ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ МЫШЕЧНАЯ ДИСТРОФИЯ (ФОРМА ДЮШЕННА) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) первые симптомы, как правило проявляются к концу 1-го года жизни задержкой темпов моторного развития
- 2) первые симптомы проявляются в возрасте старше 2х лет
- 3) первые симптомы проявляются в школьном возрасте
- 4) первые симптомы появляются с 20 – 25 лет
- 5) началом прогрессирования еще внутриутробно

23. ДЛЯ БОЛЕЗНИ ШАРКО-МАРИ ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) дистальные парезы, дистальные атрофии
- 2) проксимальные парезы
- 3) проксимальные атрофии
- 4) мозаичные атрофии
- 5) все вышеперечисленные

24. МИОПАТИИ – ЭТО:

- 1) группа прогрессирующих нервно-мышечных заболеваний, при которых слабость мышечного аппарата обусловлена поражением спинного мозга
- 2) то же, но слабость мышц обусловлена первичным поражением нервов
- 3) группа наследственных заболеваний, характеризующаяся - нарастанием мышечной слабости и атрофии. Патологический очаг в мышцах
- 4) группа заболеваний, при которых очаг располагается в каналах мембран
- 5) группа заболеваний, при которых очаг располагается в коре головного мозга

25. ПРИ МИОПАТИЯХ ПЕРВИЧНО ПОРАЖАЮТСЯ:

- 1) клетки передних рогов спинного мозга
- 2) периферические нервные стволы
- 3) скелетная мускулатура
- 4) черепно – мозговые ядра
- 5) задние столбы спинного мозга

26. ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИРЫ ПРОГРЕССИРУЮЩИХ МИОПАТИЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) деструкция мышц, пролиферация ядер

- 2) замещение мышечных волокон соединительной тканью
- 3) замещение мышечных волокон жировой тканью
- 4) в мышечном волокне уменьшено число митохондрий, гипотония мышц
- 5) все вышеперечисленные

27. К ПРОГРЕССИРУЮЩИМ МИОПАТИЯМ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) Шарко-Мари
- 2) Вердинга-Гоффмана
- 3) Кугельберга-Веландера
- 4) Дежерина-Сотта
- 5) Ландузи-Дежерина, Эрба-Ротта

28. ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ДЮШЕННА:

- 1) аутосомно-доминантный
- 2) аутосомно-рецессивный
- 3) сцепленный с X-хромосомой
- 4) митохондриальный
- 5) голондрический

29. ПРИ БОЛЕЗНИ ФРИДРЕЙХА ИМЕЕТ МЕСТО:

- 1) рецессивный тип наследования
- 2) доминантный тип наследования
- 3) сцепленный с полом (через X-хромосому)
- 4) голондрический тип наследования
- 5) митохондриальный тип наследования

30. ДОСТАТОЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ В ДИАГНОСТИКЕ СИРИНГОМИЕЛИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) сегментарные диссоциированные , наличие дизрафических черт строения опорно-двигательного аппарата
- 2) нарушения чувствительности по проводниковому типу на противоположной стороне
- 3) прогрессирующая атрофия мышц в участках, соответствующих сегментарным нарушениям чувствительности
- 4) нижний спастический парез
- 5) координаторные нарушения

31. ТЯЖЕЛАЯ СТАДИЯ БОЛЕЗНИ ДЮШЕНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) невозможностью самостоятельного передвижения
- 2) быстрым развитием контрактур
- 3) деформацией скелета
- 4) выраженными двигательными нарушениями
- 5) все вышеперечисленные

32. ПРИ БОЛЕЗНИ ЭРБА-РОТТА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОРАЖАЮТСЯ МЫШЦЫ:

- 1) дистальных отделов конечностей
- 2) лица
- 3) тазового пояса, плечевого пояса
- 4) проксимальных отделов конечностей
- 5) спины

33. ДЛЯ СПИНАЛЬНОЙ АМИОТРОФИИ ВЕРДНИГА-ГОФМАНА ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) повышение уровня сывороточной креатининкиназы

- 2) врожденные нарушения в строении мышечного волокна
- 3) поражение мотонейрона спинного мозга
- 4) гипертонус
- 5) повышение рефлексов

34. ДЛЯ НЕЙРОФИБРОМАТОЗА ХАРАКТЕРНО:

- 1) заболевание всегда протекает длительно, но доброкачественно
- 2) заболевание может быть выявлено у одного из родителей пробанда, наличие множественных пигментных невусов
- 3) тип наследования- аутосомно-доминантный
- 4) экспрессивность гена нейрофиброматоза варьиабельна даже в пределах одной семьи
- 5) все вышеперечисленные

35. ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ БОЛЕЗНИ ЭРБА-РОТТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) атрофии мышц плечевого, тазового пояса
- 2) "крыловидные лопатки"
- 3) "осиная талия"
- 4) гипомимия, лицо «миопата»
- 5) все вышеперечисленные

36. ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ЭРБА-РОТТА:

- 1) относительно благоприятное
- 2) быстро приводит к обездвиживанию
- 3) быстро приводит к летальному исходу
- 4) ультракороткое
- 5) часто рецидивирующее

37. ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ЛАНДУЗИ-ДЕЖЕРИНА:

- 1) аутосомно-доминантный
- 2) аутосомно-рецессивный
- 3) сцепленный с X-хромосомой
- 4) голондрический
- 5) митохондриальный

38. ПРИ БОЛЕЗНИ ЛАНДУЗИ-ДЕЖЕРИНА ПРЕОБЛАДАЕТ ПОРАЖЕНИЕ:

- 1) дистальных отделов конечностей
- 2) лица
- 3) плечевого пояса
- 4) плечевого и тазового пояса
- 5) спины

39. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ВНУТРИЧЕРЕПНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ СЛЕДУЮЩИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ:

- 1) нейросонография
- 2) люмбальная пункция
- 3) ЯМР головного мозга, исследовать глазное дно
- 4) определить уровень сахара в крови
- 5) все вышеперечисленные

40. В ОТЛИЧИЕ ОТ МИОПАТИИ ПРИ АТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ДЦП:

- 1) двигательные нарушения, изменения походки
- 2) повышенные сухожильные рефлексы

- 3) наличие стойких патологических знаков
- 4) улучшение двигательных функций
- 5) все вышеперечисленные

41. ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВОЗМОЖНОГО ПОВТОРНОГО РОЖДЕНИЯ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА В СЕМЬЕ С НЕРВНО-МЫШЕЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ:

- 1) консультацию генетика
- 2) консультацию невропатолога
- 3) консультацию ортопеда
- 4) консультацию педиатра
- 5) консультацию окулиста

42. БОЛЕЗНЬ ТОМСОНА ВОЗНИКАЕТ :

- 1) после перенесенной инфекции
- 2) врожденное заболевание
- 3) после тяжелой травмы
- 4) во время эпилептического приступа
- 5) как осложнение рахита

43. МИАСТЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) патологией синаптического аппарата
- 2) поражением клеток передних рогов мышц спинного мозга
- 3) поражением периферических нервов
- 4) поражением боковых рогов спинного мозга
- 5) поражением задних столбов спинного мозга

44. ДЛЯ КЛИНИКИ МИАСТЕНИИ ХАРАКТЕРНО:

- 1) снижение объема и силы движений при повторных сокращениях, мышц
- 2) неспособность расслабить мышцы после сокращения
- 3) костные деформации
- 4) эпилептические приступы
- 5) координаторные нарушения

45. ПО СТЕПЕНИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ МИАСТЕНИИ ВЫЯВЛЯЮТ:

- 1) генерализованную
- 2) локальные формы
- 3) только бульбарную
- 4) только генерализованную
- 5) офтальмоплегическую форму

46. ДЛЯ КАКОЙ ФОРМЫ МИАСТЕНИИ ХАРАКТЕРНЫ ДИЗАРТРИИ, ИЗМЕНЕНИЕ ГОЛОСА, ПОПЕРХИВАНИЕ:

- 1) с поражением глазодвигательных мышц
- 2) бульбарной
- 3) мимической
- 4) генерализованной
- 5) врожденной

47. ПРИ МИАСТЕНИИ СУХОЖИЛЬНЫЕ РЕФЛЕКСЫ:

- 1) повышены
- 2) быстро истощаются

- 3) отсутствуют
- 4) с расширением рефлексогенных зон
- 5) с клонусом стоп

48. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА МИАСТЕНИИ ПРОВОДЯТ:

- 1) прозериновую пробу
- 2) амидопириновую пробу
- 3) пробу с кофеином
- 4) пробу с диазепамом
- 5) потовую пробу

49. ОСТРЫЕ МИАСТЕНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТ:

- 1) состояние генерализованной мышечной слабости
- 2) нарушение дыхания
- 3) бульбарные расстройства
- 4) нарушение сердечной деятельности
- 5) все вышеперечисленные

50. В ОСНОВЕ ЛЕЧЕНИЯ МИАСТЕНИИ ЛЕЖИТ ПРИМЕНЕНИЕ:

- 1) антихолинэстеразных препаратов
- 2) противовирусных препаратов
- 3) антибиотиков
- 4) антиэпилептических препаратов
- 5) гормональных препаратов

Ситуационные задачи

1. 29-летняя мать привела на осмотр к педиатру своего единственного 6-летнего сына. У мальчика нарушилась походка, во время активных игр стал падать, плохо поднимается по лестнице. При осмотре врач выявил: резко выраженный лордоз, атрофию мышц спины и тазового пояса, ходит «переваливаясь», выпятив живот и откинув назад плечи. Икроножные мышцы увеличены в объеме. Мальчик использует приемы Говерса при вставании из положения лежа. Фибриллярных подергиваний нет. Глубокие рефлексы снижены. На ЭКГ признаки миокардиодистрофии. Мать рассказала, что ее племянник (сын сестры) умер в возрасте 16 лет от какого-то наследственного заболевания, подробностей она не знает.
Задание:
 1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
 2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
 3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
 4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
 5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
 6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
 7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).
2. Женщина 27 лет после медицинского аборта, стала отмечать повышенную утомляемость, появилось двоение в глазах, появляющееся при чтении. В течение дня выраженность жалоб нарастает, после отдыха – уменьшается. Обратилась к участковому врачу, ей был дан совет больше отдыхать и попить «успокаивающее» лекарство новопассит. Однако симптомы не прошли, и женщина заметила, что у нее появилась «тяжесть» век.

Обратилась к знакомому неврологу. При неврологическом осмотре: 2х сторонний неравномерный частичный птоз, ослабление конвергенции. Врач дал задание прочитать страницу текста, после чего появилось двоение и очень легкое расходящееся косоглазие. Других очаговых неврологических симптомов не выявлено.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

3. Больная 37 лет, находится под наблюдением по поводу рассеянного склероза, получает копаксон. Внезапно у нее развивается головокружение, атаксия при ходьбе (не может пройти без посторонней помощи), усиливается слабость и спастика в нижних конечностях.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

4. Пациент 31 года в течение 8 лет лечится с диагнозом гепато-церебральная дегенерация (болезнь Вильсона-Коновалова). В течение последних двух лет неоднократно нарушал режим приема лекарств в связи с чем возникло существенное ухудшение состояния и доза препарата была повышена до 1500 мг d-пенициллина в день. На этом фоне через несколько месяцев, привычные для пациента симптомы (тремор рук и нарушения речи) существенно улучшились. Но он начал замечать повышенную мышечную утомляемость, стало трудно подниматься по ступенькам из-за слабости в ногах, приседать, с трудом может достать что-то с верхней полки шкафа.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

5. Пациентка 48 лет страдает генерализованной миастенией (III класс), заболела ОРВИ, которая осложнилась отитом. Врач назначил курс аминогликозидных антибиотиков. На этом фоне у пациентки внезапно усилились все проявления болезни, выросла слабость и появилась выраженная одышка.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).

2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

6. В отделение поступил мальчик 6 лет с жалобами на слабость в ногах, трудности при ходьбе. Из анамнеза: до 3 лет развивался соответственно возрасту. Постепенно мама стала замечать, что ребенок падает, запинаясь на ровном месте. Изменилась походка, появились трудности в обучении, не может запомнить стихи.

Объективно: слабость мышц проксимальных отделов ног, тазового пояса, псевдогипертрофия икроножных мышц. Кифосколиоз, гиперлордоз. Переваливающуюся походка, затруднение при вставании из положения сидя, симптом «лестницы»,

На Эхо-КГ признаки дилатационной кардиомиопатии.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

7. В отделение поступила девочка 12 лет с жалобами на слабость в ногах, трудности при ходьбе, не может стоять на пятках.

Из анамнеза: данные симптомы появились 8 лет назад. В семье у младшей сестры похожие симптомы, но у нее еще и слабые рука.

Объективно: амиотрофия выражена симметрично с дистальных отделов нижних конечностей, стопа свисает, характерная походка – степпаж, деформации стопы (стопа Фридрейха). Форма ноги напоминает опрокинутую бутылку

Отсутствуют ахилловы рефлексы с двух сторон, снижены коленные сухожильные рефлексы S=D.

Отек и цианоз кожных покровов нижних конечностей в дистальных отделах. Полиневритический тип нарушения чувствительности.

При ЭМГ выявлены признаки невритического, переднерогового и супрасегментарного типов нарушения мышечного электрогенеза.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

8. В приемный покой поступила девушка 15 лет без сознания.

Из анамнеза: со слов отца дочь внезапно потеряла сознание, перестала дышать. Наблюдается у невролога по поводу миастении с 13 лет, регулярно проходит лечение. В семье данным заболеванием больна мать.

Объективно: без сознания, отсутствует самостоятельное дыхание, ребенок находится на АИВЛ. АД120/70 мм.рт.ст. Девочка провела в реанимационном отделении 12 дней, после восстановления дыхательных функций переведена в неврологическое отделение.

В неврологическом статусе: самочувствие страдает, голос тихий, отвечает с паузой. Полуптоз, диплопия при взгляде в сторону. Встать с кровати не может. Явных признаков поражения центральной и периферической нервной системы не выявлено. Прозериновая проба быстро приводит к улучшению самочувствия и восстановлению утраченных функций.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

9. На приеме ребенок 15 лет с жалобами на слабость в руках и ногах, быструю утомляемость ног при ходьбе.

Из анамнеза: До 12 лет рос и развивался соответственно возрасту. Затем постепенно появилась и стала нарастать слабость в руках.

Объективно: ребенок астеничного телосложения, очень худое лицо и плечевой пояс. Лицо гипомимично: не может поднять брови вверх, логлафтальм, губы утолщены, не может вытянуть их в трубочку, симптом «улыбка Джоконды». Усилен поясничный лордоз. Снижена сила мышц в проксимальных отделах верхних конечностей и длинных мышцах спины. Не может поднять руки вверх. Сухожильные рефлексы с рук снижены S=D. С ног – живые S=D. Все виды чувствительности сохранены.

Активность альдолазы сыворотки крови 12 ед/мл (норма до 7 ед.).

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

10. В стационар поступил ребенок 4 года с жалобами на отсутствие активных движений в правой ручке, отставание в росте правой ручки.

Из анамнеза: ребенок от I беременности, I родов. Ребенок родился в срок, масса при рождении 3900. Во время родов было затруднено выведение плечиков. Сразу после рождения лечились в стационаре по поводу родовой травмы, перелома правой ключицы. После выписки мама отмечает ограничение объема активных движений правой руки и отставание ее в росте. Регулярно проходят реабилитационное лечение по месту жительства.

Объективно: общее состояние ребенка удовлетворительное. Правая ручка разогнута во всех суставах, вытянута вдоль туловища, плечо ротировано внутрь, предплечье пронировано.

Отсутствуют активные движения в локтевом и плечевом суставах. Движения пальцев сохранены. Гипотония мышц правой руки. Арефлексия сухожильные рефлексы на правой ручке. Других симптомов поражения нервной системы не выявлено.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).

2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

11. На приеме мальчик 12 лет с жалобами на затруднение активных, произвольных движений в руках. С большим трудом начинает движение, а сделав его, не может сразу расслабить сократившиеся мышцы; если возьмется за предмет, то не может его быстро отпустить. Из анамнеза: данные симптомы появились два года назад. Отмечает, что ухудшение самочувствие происходит при стрессовых ситуациях. Отец ребенка с юношеских лет страдает подобным заболеванием.

Объективно: ребенок атлетического телосложения. При смехе лицо больного застывает, возникает «гримаса смеха». С трудом начинает разговор, а потом говорит свободно. Все движения делает с паузой, последующие движения уже становятся свободными. При исследовании сухожильных рефлексов отмечается быстрое сокращение мышц и замедленное их расслабление. Сила мышц верхних и нижних конечностей несколько снижена и не соответствует их развитию. При механическом раздражении путем короткого удара неврологическим молотком в соответствующее место возникает «мышечный валик», который исчезает только через 10-20 секунд. Атрофии мышц и фибриллярных подергиваний не выявлено. Чувствительность не нарушена.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

МОДУЛЬ: ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10

ВЫБРАТЬ ОДИН ВЕРНЫЙ ОТВЕТ

1. Рассеянный склероз является заболеванием ЦНС:

1. сосудистым
2. наследственным
3. демиелинизирующим

2. Рассеянный склероз чаще встречается в возрасте:

1. 10 -14 лет
2. 18 - 30 лет
3. 40 - 55 лет

3. Синдром, характерный для бокового амиотрофического склероза:

1. эпилептики

2. нарушения функций тазовых органов
3. амиотрофии с фибрилляциями и гиперрефлексией
4. центральные монопарезы
5. трофические язвы

4. Рассеянный склероз необходимо дифференцировать с:

1. менингитом
2. рассеянным энцефаломиелитом
3. субарахноидальным кровоизлиянием

5. Симптом, характерный для бульбарной формы бокового амиотрофического склероза

1. нарушения чувствительности
2. амблиопия
3. дизартрия и дисфагия
4. атрофия нижних конечностей

6. При рассеянном склерозе наиболее часто поражается система:

1. чувствительная
2. пирамидная и мозжечковая
3. стрио-нигральная

7. При боковом амиотрофическом склерозе поражается система:

1. вегетативная
2. двигательная
3. чувствительная

8. При боковом амиотрофическом склерозе развивается сочетанное поражение:

1. передних и задних рогов спинного мозга
2. передних рогов и пирамидного пути
3. задних рогов и задних столбов спинного мозга
4. пирамидного пути и мозжечка

9. Боковой амиотрофический склероз чаще развивается в возрасте:

1. 20 - 30 лет
2. 15 - 20 лет
3. 50 - 70 лет
4. 30 - 40 лет

10. Синдром, характерный для рассеянного склероза:

1. ретробульбарный неврит
2. симпатоадреналовый криз
3. Кожевниковская эпилепсия
4. Джексоновская эпилепсия

ВЫБРАТЬ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ:

11. Для рассеянного склероза характерно поражение:

1. чувствительных спинальных ганглиев
2. мозжечка
3. обонятельного тракта
4. пирамидного пути
5. зрительного нерва

6. передних рогов спинного мозга

12. При рассеянном склерозе, поражение зрительного анализатора проявляется в виде:

1. ангиопатии сетчатки
2. ретробульбарного неврита
3. гемианопсии
4. застойного диска зрительного нерва
5. побледнение височных половин диска зрительного нерва
6. переходящего амавроза
7. зрительных галлюцинаций

13. Шейно-грудная форма бокового амиотрофического склероза начинается с:

1. слабости в дистальных отделах рук
2. эпилептиформных приступов
3. нарушения функций тазовых органов
4. атрофии мышц рук
5. фасцикуляций
6. нарушения функции зрения

14. Для лечения рассеянного склероза с наибольшим эффектом используют:

1. антибиотики
2. кортикостероиды
3. плазмоферез
4. блокаторы кальциевых каналов
5. препараты железа
6. b-феррон

15. При рассеянном склерозе встречаются антигены комплекса гистосовместимости /HLA -система/ :

1. A1
2. B5
3. B7
4. A3
5. DR1

Ответы

- 1 – 3
- 2 – 2
- 3 – 3
- 4 – 2
- 5 – 3
- 6 – 2
- 7 – 2
- 8 – 2
- 9 – 3
- 10 – 1
- 11 – 245
- 12 – 256
- 13 – 145
- 14 – 236
- 15 – 34

Ситуационные задачи

1. Студент 18 лет обратился в поликлинику к врачу общего профиля с жалобами на общую слабость, недомогание, нарушение зрения (нечеткость, снижение остроты), неприятные ощущения в глазах. Данные симптомы появились 2 дня назад после перенесенного простудного заболевания. При осмотре: астенического телосложения, единичные стигмы дисэмбриогенеза. Менингеальных знаков нет, глубокие рефлексы оживлены, брюшные рефлексы вялые, патологических рефлексов нет, чувствительных расстройств не выявлено, координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Заключение офтальмолога: ретробульбарный неврит.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
 2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
 3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
 4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
 5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
 6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
 7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).
2. Женщина 24 лет обратилась в поликлинику к врачу общего профиля с жалобами на слабость в нижних конечностях (больше в правой) и возникающие из-за этого частые спотыкания и даже падения, шаткость при ходьбе, дрожание левой руки при движениях, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Данные симптомы появились сразу после родов две недели назад и с тех пор нарастают. При осмотре: эмоционально лабильна, несколько эйфорична. Тонус мышц в верхних конечностях снижен, в нижних повышен по пирамидному типу, глубокие рефлексы высокие, $D>S$, клонусы коленных чашечек и стоп. Патологические рефлексы орального автоматизма, Бабинского, Бехтерева, Жуковского с обеих сторон. Снижение вибрационной чувствительности ниже уровня реберных дуг с обеих сторон. Интенция и миопромахивание в левых конечностях, горизонтальный нистагм при взгляде влево, кинетический тремор левой кисти, неустойчивость в позе Ромберга.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
 2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
 3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
 4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
 5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
 6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
 7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).
3. Программист 27 лет обратился в поликлинику к врачу общего профиля с жалобами на дрожание верхних конечностей, усиливающееся при целенаправленных движениях, затрудняющие профессиональную деятельность и самообслуживание (прием пищи, застегивание пуговиц, бритье, умывание и т.п.), шаткость при ходьбе, изменение речи, частые позывы на мочеиспускание, ощущение прохождения тока по спине и конечностям при наклоне головы вперед. Данные симптомы, постепенно нарастая, появились около 3-х месяцев назад после ДТП, в котором получил черепно-мозговую травму (сотрясение головного мозга). Известно, что 5 лет назад в период весенней сессии на фоне умственной нагрузки и переутомления (написание дипломной работы, сдача экзаменов) возникло

ухудшение зрения (ощущение нечеткости и пятна в поле зрения правого глаза), которое самопроизвольно регрессировало через 1-1,5 недели.

При осмотре: несколько расторможен, эйфоричен, интенционный тремор верхних конечностей, адиадохокинез, дисметрия, горизонтальный нистагм, дизартрия с элементами скандирования, глубокие рефлексы высокие $D \geq S$, с расширением рефлексогенных зон, симптомы орального автоматизма, патологические знаки Бабинского, Жуковского справа и слева. Брюшные рефлексы отсутствуют с обеих сторон. Вибрационная чувствительность отсутствует ниже гребней подвздошных костей, гемигипестезия поверхностной чувствительности справа, походка атактическая.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
 2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
 3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
 4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
 5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
 6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
 7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).
4. Девушка 20 лет обратилась в поликлинику к врачу общего профиля с жалобами на быструю утомляемость и преходящую слабость в правых конечностях, ощущение двоения в глазах, особенно при нахождении в душном, жарком помещении или после незначительной физической нагрузки или даже после чашки горячего чая. Известно, что за последние 1,5 года дважды перенесла эпизоды невралгии лицевого нерва, сначала справа, затем слева. При осмотре: астенического телосложения, единичные стигмы дисморфогенеза, недостаточность конвергенции, недоведение правого глаза до внутренней спайки при полной сохранности отведения другого глаза, монокулярный нистагм слева (межъядерный офтальмопарез). Легкая недостаточность функции мимической мускулатуры с обеих сторон. Легкий правосторонний силовой гемипарез. Тонус мышц в правых конечностях повышен по пирамидному типу, глубокие рефлексы $D > S$, высокие. Рефлексы орального автоматизма, патологические знаки Россолимо верхний, Бабинского справа. Интенция и мимопромахивание при выполнении координаторных проб, неустойчивость в позе Ромберга.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
 2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
 3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
 4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
 5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
 6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
 7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).
5. Мужчина 60 лет предъявляет жалобы на слабость, похудание и неловкость в руках, больше в левой, периодические подергивания в мышцах верхних конечностей. Данные симптомы появились около года назад с дистальных отделов рук и постепенно распространились на проксимальные отделы. При осмотре: мышцы верхних конечностей атрофичны, больше слева, обнаруживаются фасцикуляции в них. Глубокие рефлексы оживлены с обеих сторон, присутствуют патологические кистевые и стопные знаки, умеренная спастичность в ногах, в руках тонус низкий. Сила в верхних конечностях снижена до 3 баллов в левой руке, 3,5 баллов в правой руке, больше в дистальных отделах, до 4 баллов в ногах. Функция тазовых органов не нарушена, глазодвигательных

расстройств и нарушения чувствительности не выявлено. Результаты лабораторных исследований – без особенностей.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

- 6.** Женщина 65 лет предъявляет жалобы на затруднение при глотании, частые поперхивания, слюнотечение, нарушение речи, плаксивость, подергивания в мышцах лица и шеи, затруднение удержания головы. При осмотре: слабость, атрофия и фасцикуляции в мышцах лица, языка, грудинноключично-сосцевидных и трапецивидных мышцах, дизартрия, дисфагия, рефлексы орального автоматизма, насильственные эмоции (плач, смех), оживление нижнечелюстного рефлекса и глубоких рефлексов конечностей с обеих сторон. Результаты лабораторных исследований – без особенностей.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

- 7.** Женщина 28-ти лет в течение нескольких дней стала отмечать неустойчивость при ходьбе и неловкость в руках, стало «неудобно» печатать на компьютере. Обратилась в поликлинику, врач выявил неустойчивость в позе Ромберга и отправил пациентку к неврологу. В неврологическом статусе: нистагм, интенционный тремор при выполнении пальценосовой и колено-пяточной пробы справа, повышение тонуса в нижних конечностях по спастическому типу, двухсторонний симптом Бабинского. При осмотре глазного дна: побледнение височных половин дисков зрительных нервов. При повторном осмотре через три дня выраженность координаторных нарушений существенно уменьшилась.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

- 8.** У 20-ти летней девушки внезапно развилось нарушение зрения до слепоты справа, болезненность при движении правого глазного яблока. Обратилась к окулисту, был поставлен диагноз правосторонний ретробульбарный неврит. Назначено лечение кортикостероидами, которое оказало быстрый эффект, зрение восстановилось. Девушка

вновь пришла к врачу общей практики за дальнейшими рекомендациями.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

- 9.** У мужчины 55 лет 2 года назад начали худеть кисти рук (стали велики перчатки), а последнее время заметил «поперхивание» при еде. Обратился в поликлинику и сразу был направлен к неврологу. При неврологическом осмотре: фибриллярные подергивания в языке и верхних конечностях, парез мягкого неба, отсутствие глоточного рефлекса, гипотрофия мышц верхних конечностей. Глубокие рефлексы на руках и ногах высокие, двухсторонний симптом Бабинского. Нарушений чувствительности нет. Функции тазовых органов не нарушены.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

- 10.** Женщина 35ти лет стала жаловаться на нарушение мочеиспускания – когда возникает позыв, не может долго терпеть и если рядом нет туалета, возникает самопроизвольное мочеиспускание. Женщина обследовалась у уролога и гинеколога, причин для данных жалоб выявлено не было. Ее направили к неврологу, который выявил признаки нижнего спастического парапареза и назначил дообследование. Офтальмолог выявил частичную атрофию дисков зрительных нервов. На МРТ с контрастированием головного и спинного мозга: множественные паравентрикулярные очаги демиелинизации разной давности; очаг демиелинизации на уровне Т 7.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

- 11.** У 30ти летняя женщина обратилась к врачу из-за появившегося двоения в глазах. Врач выявил расходящееся косоглазие, правосторонний птоз. Назначил дообследование: проба с введением прозерина клиническую картину не изменила; ЭНМГ без отклонений от нормы. МРТ ангиография: патологии не выявлено. МРТ головного мозга: множественные очаги демиелинизации паравентрикулярно и в области ствола головного мозга. Анализ крови на сахар-4,2 ммоль/л.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

МОДУЛЬ: НАСЛЕДСТВЕННО-ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10

001. Основными задачами медицинской генетики является изучение
- а) законов наследственности и изменчивости человеческого организма
 - б) популяционной статистики наследственных заболеваний
 - в) молекулярных и биохимических аспектов наследственности
 - г) изменения наследственности под воздействием факторов окружающей среды
 - д) всего перечисленного
 - е) верно а) и б)
002. Доминантный признак по закону Менделя проявляется при скрещивании во втором поколении с частотой
- а) 1:1
 - б) 2:1
 - в) 3:1
 - г) 4:1
 - д) 5:1
003. Доминантный ген - это ген, действие которого
- а) выявляется в гетерозиготном состоянии
 - б) выявляется в гомозиготном состоянии
 - в) выявляется в гетеро- и гомозиготном состоянии
 - г) неверно все из перечисленного
004. Генотип организма представляет собой систему взаимодействия генов, при которой наследственные признаки определяются путем участия
- а) одного гена в определении одного признака
 - б) одного гена в определении многих признаков
 - в) многих генов в определении одного признака
 - г) верно а) и в)
 - д) верно все перечисленное
005. Пробандом называют
- а) здорового носителя мутантного гена
 - б) больного носителя мутантного гена

- в)здорового родителя больного с признаками наследственного заболевания
- г)ребенка, больного наследственным заболеванием

006.Сибсом называют

- а)здорового родителя больного наследственным заболеванием
- б)ребенка больного наследственным заболеванием
- в)родного брата или сестру (но не близнецов) больного наследственным заболеванием
- г)верно а) и в)
- д)верно б) и в)

007.Фенотип - это совокупность признаков и свойств организма, проявление которых обусловлено

- а)действием доминантного гена
- б)действием рецессивного гена
- в)взаимодействием генотипа с факторами среды
- г)верно а) и б)
- д)верно б) и в)

008.Кариотип - это совокупность особенностей хромосомного набора (комплекса) клетки, определяющаяся

- а)числом половых хромосом
- б)формой хромосом
- в)структурой хромосом
- г)всем перечисленным
- д)верно а) и б)

009.Аутосомно-доминантный тип наследования отличается

- а)преимущественным поражением лиц мужского пола
- б)преобладанием в поколении больных членов семьи
- в)проявлением патологического наследуемого признака во всех поколениях без пропуска
- г)верно а) и б)
- д)верно б) и в)

010.Аутосомно-рецессивный тип наследования отличается тем, что

- а)соотношение здоровых и больных членов семьи равно 1:1
- б)заболевание не связано с кровным родством
- в)родители первого выявленного больного клинически здоровы
- г)верно а) и б)
- д)верно б) и в)

011.Рецессивный тип наследования, связанный с X-хромосомой (сцепленный с полом), отличается тем, что

- а)соотношение больных мужчин в каждом поколении равно 2:1
- б)заболевают только мужчины
- в)заболевают только женщины
- г)признаки болезни обязательно находят у матери пробанда
- д)неверно все перечисленное

012.Причиной хромосомных заболеваний могут быть

- а)изменения числа хромосом
- б)изменения размера хромосом
- в)нарушения структуры хромосом
- г)влияние факторов внешней среды

- д) верно а), б) и в)
- е) все перечисленное

013. Фенотипическими признаками хромосомных болезней являются

- а) нарушения психического развития
- б) нарушения физического развития
- в) множественные пороки развития
- г) все перечисленные

014. Индуцированный мутагенез вызывают следующие факторы

- а) ультрафиолетовые лучи
- б) проникающая радиация
- в) химические вещества
- г) вирусы
- д) все перечисленные факторы
- е) верно б) и г)

015. В основу классификации наследственных болезней, учитывающей их генетическую природу, положены особенности

- а) генных мутаций
- б) хромосомных мутаций
- в) количественных изменений хромосом
- г) верно а) и в)
- д) все перечисленное

016. Основным биохимическим признаком фенилкетонурии является повышение содержания

- а) ванилилминдальной кислоты
- б) диоксифенилуксусной кислоты
- в) дигидроксифенилэтанола
- г) фенилпириновинной кислоты
- д) всего перечисленного
- е) верно б) и в)

017. Для клинических проявлений гликогеновой миопатии (болезнь Мак-Ардуя) является характерным наличие

- а) болезненных пароксизмов в мышцах
- б) патологической мышечной утомляемости
- в) псевдогипертрофии мышц голени
- г) верно а) и б)
- д) всего перечисленного

018. При поздней форме амавротической идиопатии Куфса у взрослых наблюдают

- а) глухоту
- б) эпилептические припадки
- в) экстрапирамидные нарушения
- г) мозжечковые нарушения
- д) верно а) и б)
- е) все перечисленное

019. Нарушение движений при ювенильной форме амавротической идиопатии Баттена - Шпильмейра - Фогта обусловлено поражением

- а) экстрапирамидных систем

- б)пирамидных систем
- в)мозжечковых систем
- г)периферических нервов
- д)всего перечисленного, кроме в)
- е)всего перечисленного, кроме г)

020. Поражение нервной системы при лейкодистрофии происходит в результате

- а) избыточного накопления липидов в нервных клетках
- б) утраты липидов нервными клетками
- в) распада липидов миелина и накопления продуктов распада в центральной нервной системе
- г) всего перечисленного
- д) верно а) и в)

021. Для порфирии является характерным наличие

- а) абдоминальных болей
- б) синдрома полинейропатии
- в) порфобилиногена в моче
- г) всего перечисленного
- д) верно б) и в)

022. Прогрессирующие мышечные дистрофии обусловлены поражением

- а) цереброспинальных пирамидных путей
- б) мотонейронов передних рогов спинного мозга
- в) периферического двигательного нейрона
- г) верно б) и в)
- д) всего перечисленного
- е) ничего из перечисленного

023. Спинальная амиотрофия Верднига - Гоффмана наследуется

- а) по аутосомно-доминантному типу
- б) по аутосомно-рецессивному типу
- в) по рецессивному типу, связанному с полом (X-хромосома)
- г) по доминантному типу, связанному с полом
- д) верно а) и г)

024. Изменение контура ног по типу "опрокинутой бутылки" обусловлено изменением массы мышц

- а) при амиотрофии Шарко - Мари - Тута
- б) при гипертрофической невропатии Дежерина - Сотта
- в) при мышечной дистрофии Эрба
- г) при мышечной дистрофии Беккера - Киннера
- д) при амиотрофии Кугельберга - Веландера

025. Амиотрофия Шарко - Мари - Тута обусловлена первичным поражением

- а) передних рогов спинного мозга
- б) периферических двигательных нервов
- в) мышц дистальных отделов конечностей
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

026. Тип наследования при амиотрофии Шарко - Мари - Тута характеризуется как

- а) аутосомно-доминантный
- б) аутосомно-рецессивный

- в) сцепленный с полом (через X-хромосому)
- г) верно а) и б)
- д) ничего из перечисленного

027. Прогрессирующая мышечная дистрофия формы Ландузи - Дежерина наследуется

- а) по аутосомно-доминантному типу
- б) по аутосомно-рецессивному типу
- в) по рецессивному типу, сцепленному с полом (через X-хромосому)
- г) по всему перечисленному

028. Псевдогипертрофии наблюдают при следующих формах прогрессирующей мышечной дистрофии

- а) тип Дюшена
- б) тип Беккера - Киннера
- в) тип Ландузи - Дежерина
- г) верно а) и б)
- д) верно а) и в)
- е) все перечисленное

029. Тип наследования при миопатии Томсена характеризуется как

- а) аутосомно-доминантный
- б) аутосомно-рецессивный
- в) сцепленный с полом (через X-хромосому)
- г) верно а) и б)
- д) ничего из перечисленного

030. При атрофической миотонии преобладает слабость мышц

- а) головы и шеи
- б) проксимальных отделов конечностей
- в) дистальных отделов конечностей
- г) верно а) и б)
- д) верно а) и в)

031. Тип наследования при атрофической миотонии Штейнерта - Баттена характеризуется как

- а) аутосомно-доминантный
- б) аутосомно-рецессивный
- в) сцепленный с полом (через X-хромосому)
- г) верно а) и б)
- д) ничего из перечисленного

032. Тип наследования при гиперкалиемическом периодическом параличе характеризуется как

- а) аутосомно-доминантный
- б) аутосомно-рецессивный
- в) сцепленный с полом (через X-хромосому)
- г) все перечисленное

033. Тип наследования при гипокалиемическом периодическом параличе характеризуется как

- а) аутосомно-доминантный
- б) аутосомно-рецессивный
- в) сцепленный с полом (через X-хромосому)
- г) все перечисленное

034.Нарушения медно-белкового обмена при гепатоцеребральной дистрофии Вильсона - Коновалова обусловлены дефектом гена следующей хромосомы

- а)X
- б)IX
- в)XIII
- г)II
- д)II

035.Исследование плазмы больного гепатоцеребральной дистрофией выявляет

- а)повышение уровня церулоплазмينا и гиперкупремию
- б)понижение уровня церулоплазмينا и гиперкупремию
- в)повышение уровня церулоплазмينا и гипокупремию
- г)понижение уровня церулоплазмينا и гипокупремию

036.При дрожательной и дрожательно-ригидной форме гепатоцеребральной дистрофии Вильсона - Коновалова преобладает тремор

- а)покоя в кистях
- б)интенционный в руках
- в)хлопающий в руках
- г)статодинамический в туловище
- д)верно а) и б)
- е)верно в) и г)

037.Тип наследования при гепатоцеребральной дистрофии характеризуется как

- а)аутосомно-доминантный
- б)аутосомно-рецессивный
- в)рецессивный, сцепленный с полом (через X-хромосому)
- г)все перечисленное

038.Приступ пароксизмальной миоплегии при гипокалиемической форме болезни Вестфала - Шахновича обычно возникает

- а)во время тяжелой физической нагрузки
- б)сразу после тяжелой физической нагрузки
- в)в состоянии полного покоя днем
- г)во время ночного сна
- д)во всех перечисленных состояниях

039.Приступ миоплегии при гиперкалиемической (болезнь Гармсторпа) и нормокалиемической форме (болезнь Посканцера и Керра) возникает

- а)во время тяжелой физической нагрузки
- б)во время отдыха после физической нагрузки
- в)в состоянии покоя днем
- г)во время ночного сна
- д)верно а) и г)
- е)верно б) и в)

040.Тип наследования при хорее Гентингтона характеризуется как

- а)аутосомно-доминантный
- б)аутосомно-рецессивный
- в)рецессивный, сцепленный с полом (через X-хромосому)
- г)все перечисленное

041. Клиническая картина типичной хореи Гентингтона, кроме хореического гиперкинеза, включает
- а) пластическую экстрапирамидную ригидность
 - б) симптом "зубчатого колеса"
 - в) акинезию
 - г) гипомимию
 - д) деменцию
042. Нейрохимические изменения в подкорковых ядрах при болезни Паркинсона характеризуются следующими изменениями моноаминов мозга
- а) уменьшением дофамина
 - б) увеличением содержания ацетилхолина
 - в) снижением содержания норадреналина
 - г) все перечисленное
 - д) верно а) и в)
043. Болезнь Паркинсона может проявиться следующими синдромами
- а) хореоатетодным
 - б) акинетико-ригидным
 - в) вестибуло-мозжечковым
 - г) денторубральным
 - д) гиперэксплексией
044. К дофасодержащим препаратам для лечения болезни Паркинсона относятся
- а) мидантан, вирегит
 - б) наком, мадопар
 - в) парлодель, лизурид
 - г) юмекс, депренил
 - д) все перечисленные
045. При наследственном эссенциальном дрожании тремор обычно имеет следующий характер
- а) тремор покоя
 - б) интенционный
 - в) статодинамический
 - г) верно а) и б)
 - д) верно б) и в)
046. При лечении болезни Паркинсона ежедневная доза L-допа не должна превышать
- а) 2.0 г
 - б) 2.5 г
 - в) 3.0 г
 - г) 3.5 г
 - д) 4.0 г
047. При лечении болезни Паркинсона дофасодержащими средствами неврологические побочные симптомы проявляются
- а) судорожным синдромом
 - б) вестибулярными расстройствами
 - в) хореоатетодным гиперкинезом
 - г) горизонтальным нистагмом
 - д) гиперэксплексией

048. При лечении болезни Паркинсона холинолитиками (циклодол, норакин) побочные симптомы проявляются

- а) затуманиванием зрения
- б) двоением в глазах
- в) слюнотечением
- г) сухостью во рту
- д) верно а) и г)
- е) верно б) и в)

049. Лечение холинолитиками болезни Паркинсона противопоказано, если у больного имеются

- а) катаракта
- б) глаукома
- в) гипертоническая ретинопатия
- г) диабетическая ретинопатия
- д) любые из перечисленных заболеваний

050. Лечение холинолитиками болезни Паркинсона противопоказано при заболевании

- а) щитовидной железы
- б) вилочковой железы
- в) поджелудочной железы
- г) предстательной железы
- д) при всех перечисленных заболеваниях

051. При комбинированном лечении болезни Паркинсона витамин В6 уменьшает эффективность следующих препаратов

- а) L-допа
- б) накома
- в) мадопара
- г) мидантана
- д) циклодола

052. При эссенциальном наследственном дрожании препаратами выбора являются

- а) α-адренергические блокаторы (пирроксан)
- б) β-адренергические блокаторы (анаприлин)
- в) дофасодержащие средства (L-допа, наком)
- г) агонисты дофаминовых рецепторов (бромкриптин)
- д) верно а) и б)
- е) все перечисленные препараты

053. Клиническая картина врожденной юношеской торзионной дистонии (форма Сегава) отличается наличием

- а) вестибуломожжечкового синдрома
- б) акинетико-ригидного синдрома
- в) синдрома сенситивной атаксии
- г) пирамидно-можжечкового синдрома
- д) всего перечисленного

054. При лечении типичной формы хорей Гентингтона обычно применяют

- а) дофасодержащие препараты
- б) нейролептики
- в) агонисты дофамина

- г)антихолинергические препараты
- д)верно а) и г)
- е)верно б), в) и г)

055.Мозжечковую диссинергию Ханта от миоклонус-эпилепсии Унферрихта - Лундборга отличает

- а)наличие мозжечковых симптомов
- б)отсутствие пирамидных симптомов
- в)отсутствие экстрапирамидных симптомов
- г)отсутствие нарушений глубокой чувствительности
- д)все перечисленное

056.Клиническая картина миоклонус-эпилепсии Унферрихта - Лундборга, кроме характерных миоклоний и судорожных приступов, включает

- а)пирамидную спастичность
- б)экстрапирамидную ригидность
- в)снижение интеллекта
- г)верно а) и б)
- д)верно б) и в)

057.Миоклонические гиперкинезы при миоклонус-эпилепсии Унферрихта - Лундборга усиливаются

- а)при эмоциональном стрессе
- б)при внезапных сенсорных раздражениях
- в)при закрывании глаз
- г)верно а) и б)
- д)при всем перечисленном

058.При болезни Фридрейха имеет место

- а)рецессивный тип наследования
- б)доминантный тип наследования
- в)сцепленный с полом (через X-хромосому)
- г)все перечисленное

059.Среди спиноцеребеллярных атаксий болезнь Фридрейха отличается наличием

- а)деформации стопы
- б)дизрафическим статусом
- в)поражением мышцы сердца
- г)снижением или выпадением рефлексов
- д)верно а) и г)
- е)всего перечисленного

060.Мозжечковая атаксия Пьера - Мари отличается от атаксии Фридрейха

- а)наличием пирамидных патологических симптомов
- б)наличием глазодвигательных нарушений
- в)нарушением походки
- г)верно а) и б)
- д)верно б) и в)

061.Для семейной спастической параплегии (болезни Штрюмпеля) характерно преобладающее поражение следующих спинальных анатомических структур

- а)пирамидных путей
- б)мозжечковых путей

- в) клеток передних рогов
- г) задних канатиков спинного мозга
- д) верно а) и в)

062. Характерной чертой нижнего парапареза при болезни Штрюмпеля является

- а) преобладание слабости над спастичностью
- б) преобладание спастичности над слабостью
- в) преобладание мозжечковых симптомов над пирамидными
- г) сочетание пирамидных симптомов с фибрилляцией мышц
- д) сочетание пирамидных симптомов с сенситивной атаксией

063. Тип наследственности при спастической семейной параплегии (болезни Штрюмпеля) характеризуется как

- а) аутосомно-доминантный
- б) аутосомно-рецессивный
- в) рецессивный, сцепленный с полом (через X-хромосому)
- г) все перечисленное
- д) верно а) и б)

064. Нейрофибромы при болезни Реклингаузена могут локализоваться

- а) по ходу периферических нервов
- б) в спинномозговом канале по ходу корешков
- в) интракраниально по ходу черепных нервов
- г) на любом из указанных участков

065. Тип наследования нейрофиброматоза (болезни Реклингаузена) характеризуется как

- а) аутосомно-доминантный
- б) аутосомно-рецессивный
- в) рецессивный, сцепленный с полом (через X-хромосому)
- г) верно а) и б)
- д) неверно все перечисленное

066. Интракраниальный ангиоматоз при синдроме Стерджа - Вебера поражает

- а) вещество мозга
- б) твердую оболочку
- в) мягкую оболочку
- г) одинаково часто все перечисленные структуры

067. Для подтверждения интракраниального поражения при энцефалотригеминальном ангиоматозе достаточно произвести

- а) электроэнцефалографию
- б) пневмоэнцефалографию
- в) реоэнцефалографию
- г) рентгенокраниографию
- д) транскраниальную доплерографию

068. Тип наследования атаксии-телеангиэктазии (синдром Луи - Бар) характеризуется как

- а) аутосомно-доминантный
- б) аутосомно-рецессивный
- в) рецессивный, сцепленный с полом (через X-хромосому)
- г) все перечисленное

069. Для болезни Дауна характерно сочетание следующих признаков
- а) округлый череп, готическое небо, синдактилия, гипотония мышц
 - б) долихоцефалия, расщепление неба, арахнодактилия, гипертонус мышц
 - в) краниостенотический череп, заячья губа, наличие 6-го пальца, хореоатетоз
 - г) наблюдается сочетание любых перечисленных признаков
070. Тип наследования при синдроме Шегрена - Ларссена характеризуется как
- а) аутосомно-доминантный
 - б) аутосомно-рецессивный
 - в) рецессивный, сцепленный с полом (через X-хромосому)
 - г) все перечисленное
071. Достаточными клиническими признаками в диагностике синингомиелии являются
- а) сегментарные диссоциированные нарушения чувствительности
 - б) наличие дизрафических черт строения опорно-двигательного аппарата
 - в) прогрессирующая атрофия мышц в участках, соответствующих сегментарным нарушениям чувствительности
 - г) нижний спастический парализ
 - д) все перечисленное
 - е) верно а) и б)
072. Для передне-роговой формы синингомиелии характерны
- а) нарушения проприоцептивной чувствительности
 - б) спастические парезы
 - в) диссоциированный тип нарушений чувствительности
 - г) сенситивная атаксия
 - д) верно в) и г)
 - е) ничего из перечисленного
073. Синдром Клиппеля - Фейля характеризуется на рентгенограмме признаками
- а) краниостеноза
 - б) платибазии
 - в) остеопороза турецкого седла
 - г) выступанием зуба второго шейного позвонка в область проекции задней черепной ямки
 - д) срастанием нескольких шейных позвонков
074. Аномалией Арнольда - Киари называется патология, при которой имеется
- а) сращение шейных позвонков
 - б) сращение 1-го шейного позвонка с затылочной костью
 - в) смещение вниз миндалик мозжечка
 - г) расщепление дужки 1-го шейного позвонка
 - д) все перечисленное
075. Наиболее информативными методами исследования при врожденной аномалии мозга Денди - Уолкера являются
- а) вентрикулография
 - б) компьютерная томография мозга
 - в) миелография
 - г) рентгенография кранио-вертебрального перехода
 - д) все перечисленные
 - е) верно а) и б)

7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

4. Мальчик, 2 года, отстает в психоречевом и моторном развитии: не говорит, не ходит, стоит с поддержкой, сам не кушает, игрушками не играет, неопрытен с мочой и стулом. Объективно: стигмы дисэмбриогенеза, гипертеллоризм, антимонголоидный разрез глаз, эпикант, большой высунутый изо рта язык, короткие утолщенные пальцы рук, поперечная борозда на ладони. Общая гипотония, рефлексы низкие, равны, интенции в конечностях нет. Черепно-мозговые нервы симметричны, без патологии, менингеальных симптомов нет.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

5. Мужчина 30 лет, жалуется на слабость в ногах, «свисают стопы», не может ходить на пятках, носках, незначительная слабость в руках (кисти и пальцы). Болен около семи лет – слабость появилась и постепенно и медленно прогрессирует. Такая же слабость в ногах и руках имеется у отца (56 лет, ходит с тростью) и была у деда по линии отца. Объективно: черепно-мозговые нервы без патологии, гипертрофия мышц предплечий, кистей, голеней, стопа «конская», походка «петушиная». Сила в кистях и стопах снижена до 2-3 баллов, арефлексия. Снижена болевая и тактильная чувствительность по типу перчаток и носков, снижено мышечно- суставное чувство в пальцах ног.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

6. Больной 17-ти лет, жалуется на слабость в ногах и руках, «подергивание» мышц плечевого и тазового пояса, болен около 4-х лет, слабость неуклонно нарастает. Среди родственников подобных заболеваний нет. При осмотре черепно-мозговые нервы без патологий, диффузная гипотрофия мышц конечностей, постоянные фибриллярные сокращения в мышцах рук, ног. Сила 3-4 балла, гипотония, арефлексия, стопных пирамидных симптомов нет. Координация и чувствительность не нарушены.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

7. Мужчина 22-ти лет, жалуется на стягивание мышц при произвольном движении, не может быстро разжать кулак, быстро встать, иногда болезненная судорога в икроножных мышцах (по утрам). Болен около 10-ти лет, за медпомощью не обращался. Также болен его старший брат и отец. При осмотре: атлетического телосложения, черепно-мозговые нервы без патологии, парезов нет, при сжатии кисти в кулак – разжать быстро не может. Рефлексы с рук и ног средней живости, равны, пирамидных симптомов нет. Координация и чувствительность не нарушены. При ударе молоточком по мышце появляется «мышечный ровик», не исчезающий 20-30 секунд.
Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

8. Больная 16 лет, жалуется на двоение в глазах, опускание век, осиплость голоса, нарушение глотания, общую слабость. Эти явления усиливаются во второй половине дня, особенно к вечеру. Больна 2 года. Постепенно состояние ухудшается. Среди родственников подобных заболеваний нет. При осмотре: двусторонний птоз, ограничение движения глаз в стороны, зрачки равны, голос тихий, глоточный рефлекс снижен. Общая гипотония мышц, легкие дистальные гипотрофии, рефлексы с рук и ног снижены, равны, пирамидных симптомов нет. Координация и чувствительность не нарушены.
Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

9. Больная 14 лет, жалуется на шаткость при ходьбе, особенно в темноте, снижение слуха. Больна с 8-ми лет. Шаткость постепенно усиливается, снижение слуха около 2-х лет. Среди родственников подобных заболеваний нет. При осмотре: ограничение движения глаз в стороны, горизонтальный нистагм, снижение слуха с двух сторон, легкая дизартрия. Парезов нет, тонус мышц снижен, рефлексы с рук низкие, равны, коленные и ахилловы отсутствуют, симптом Бабинского с двух сторон. Снижено мышечно-суставное чувство в пальцах ног и голеностопных суставах. Интенционный тремор при пальце-носовой и пяточно-коленной пробах, походка атактическая. Обращает внимание деформация стоп – высокий свод, укорочение и утолщение стопы.
Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

10. Больной 46 лет, жалуется на шаткость при ходьбе, не может ходить без трости, болен около 10-ти лет, шаткость постепенно нарастает. Подобных заболеваний в семье нет. При осмотре: черепно-мозговые нервы без патологии, нистагма нет, парезов в конечностях нет, тонус мышц снижен, рефлексы с рук, коленные, ахилловы средней живости, равны, пирамидных симптомов нет. Расстройств чувствительности нет. Легкая интенция при пальце-носовой пробе, грубая интенция при пяточно-коленной пробе. В позе Ромберга падает, походка атактическая. Функции тазовых органов не нарушены.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

11. Больной 35-ти лет, жалуется на шаткость при ходьбе, дрожание рук, слабость в ногах, нарушение речи. Болен около семи лет. Эти явления постепенно прогрессируют. Брат матери страдает подобным заболеванием. При осмотре: двусторонний нистагм, слабость конвергенции, дизартрия, иногда поперхиваниеприглотании, выражены оральные симптомы. Сила в руках 4 балла, в ногах 3 балла, тонус мышц снижен, рефлексы с рук высокие, верхний симптом Россолимо, коленные и ахилловы с поликлонией равны, с двух сторон симптомы Бабинского, Манакова. Расстройств чувствительности нет. Грубый интенционный тремор в руках и ногах, походка атактическая, в позе Ромберга стоять не может – падает.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

МОДУЛЬ: ЭПИЛЕПСИЯ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10

001. Эпилепсия - хроническое заболевание, характеризующееся следующими признаками

- а) ранним началом (детский, юношеский возраст)
- б) разнообразными пароксизмальными расстройствами
- в) типичными изменениями личности
- г) всеми перечисленными
- д) ни одним из перечисленных

002. Эпилепсия - хроническое заболевание, характеризующееся

- а) типичными изменениями личности

- б) эпилептическим слабоумием со специфическими клиническими чертами
- в) острыми и затяжными психозами
- г) всем перечисленным
- д) верно а) и б)

003. Продром эпилептической болезни характеризуется следующими неспецифическими расстройствами, внезапно появляющимися и исчезающими за несколько месяцев или лет до возникновения первого пароксизма

- а) головными болями
- б) головокружениями
- в) вегетативными расстройствами
- г) разнообразными яркими цветными сновидениями, с картинами агрессии, надвигающихся предметов
- д) всеми перечисленными

004. Продром эпилептической болезни характеризуется всеми следующими специфическими расстройствами, внезапно появляющимися и исчезающими за несколько месяцев или лет до возникновения первого пароксизма, кроме

- а) мышечных подергиваний
- б) "чужих" мыслей
- в) утренних судорог
- г) идеаторных расстройств типа "шперрунгов"
- д) идеаторных расстройств типа ускоренных или замедленных мыслей

005. Продром пароксизмов эпилепсии характеризуется следующими неспецифическими расстройствами, возникающими за несколько секунд, минут, часов, дней до возникновения пароксизма

- а) астеническими расстройствами
- б) аффективными расстройствами
- в) сенестопатическими расстройствами
- г) всеми перечисленными
- д) верно а) и б)

006. Продром пароксизмов эпилепсии характеризуется следующими неспецифическими расстройствами, возникающими за несколько секунд, минут, часов, дней до возникновения пароксизма

- а) ипохондрическими расстройствами
- б) психосензорными расстройствами
- в) изменениями деятельности органов, общесоматического состояния
- г) всеми перечисленными
- д) верно б) и в)

007. Аура характеризуется всеми следующими признаками, кроме

а) кратковременного расстройства сознания (несколько секунд - десятки секунд)

- б) сохранения в памяти субъективных переживаний
- в) аффективной симптоматики
- г) амнезии окружающей обстановки
- д) отсутствия судорожного компонента

008. Продром пароксизмов характеризуется всеми следующими специфическими проявлениями (аурами), имеющими разнообразие клинических проявлений (классификация аур Пенфильда), кроме

- а) двигательной
- б) висцеросензорной
- в) висцеромоторной
- г) сенсорной
- д) импульсивной

009. Продром пароксизмов характеризуется специфическими проявлениями (аурами), имеющими разнообразие клинических проявлений (классификация аур Пенфильда), включающих

- а) группу психических аур
- б) сенсорную ауру
- в) импульсивную ауру
- г) все перечисленное
- д) верно б) и в)

010. Висцеросенсорная (эпигастральная) аура характеризуется

- а) ощущением дурноты в эпигастральной области
- б) ощущениями удара в голову
- в) раздражением с любого участка головного мозга
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

011. Висцеромоторная (диэнцефальная) аура включает следующие виды аур

- а) зрачковую
- б) сосудистую
- в) желудочно-кишечную
- г) все перечисленные
- д) верно б) и в)

012. Висцеромоторная (диэнцефальная) аура включает следующие виды аур

- а) пиломоторную
- б) зрачковую
- в) мигательные движения
- г) все перечисленные
- д) верно а) и б)

013. Сенсорная аура включает

- а) зрительную
- б) слуховую
- в) обонятельную
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

014. Сенсорная аура может включать

- а) сомато-сенсорную (сенестопатическую)
- б) менье-подобную
- в) обонятельную
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

015. Сомато-сенсорная аура характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) сенестопатий
- б) галлюцинаций общего чувства
- в) алгических сенестопатий
- г) всего перечисленного
- д) верно а) и б)

016. Группа психических аур включает

- а) психосенсорную ауру
- б) ауру с ощущением ранее никогда не виденного и уже виденного прежде
- в) идеаторную ауру
- г) все перечисленное
- д) верно а) и б)

017. В группе психических аур выделяют

- а) идеаторную ауру

- б) ауру с помрачением сознания, близкую к онейроиду
- в) аффективно-мгновенные состояния
- г) все перечисленное
- д) верно б) и в)

018. Меньеро-подобная аура неоднородна по своим клиническим проявлениям и локализации и выражается в виде

- а) головокружений внутри головы, с покачиванием, неуверенностью в ногах и локализацией в височной доле
- б) ощущения вращения окружающих предметов с локализацией в затылочной доле
- в) головокружений с ощущениями приливов в голове и локализацией в задней центральной извилине
- г) всего перечисленного
- д) верно а) и в)

019. Локализация психических аур

- а) для психосензорной ауры - височная доля
- б) для идеаторной ауры - лобная доля
- в) для ауры с помрачением сознания, близкой к онейроиду - височная доля
- г) верно все перечисленное
- д) верно б) и в)

020. В развитии большого судорожного припадков различают

- а) тоническую фазу
- б) клоническую фазу
- в) фазу помрачения сознания (оглушение или сумеречное расстройство сознания)
- г) все перечисленные фазы
- д) верно а) и в)

021. Эпилептическое состояние характеризуется

- а) серией непрерывно следующих друг за другом больших эпилептических припадков
- б) продолжительностью состояния от нескольких часов до нескольких суток
- в) пребыванием больного длительно в оглушении, сопоре или коме
- г) всем перечисленным
- д) верно б) и в)

022. Эпилептическое состояние сопровождается

- а) изменениями в сердечно-сосудистой системе
- б) повышением температуры и другими сомато-вегетативными расстройствами
- в) изменениями биохимии крови
- г) верно а) и б)
- д) всем перечисленным

023. Неотложная помощь при эпилептическом состоянии включает

- а) очистительную клизму
- б) ректальное введение 20-30 мл 2% раствора барбитала натрия
- в) ректальное введение 15-20 мл 6% раствора хлоралгидрата
- г) ничего из перечисленного
- д) все перечисленное

024. Неотложная помощь при эпилептическом состоянии предусматривает

- а) внутримышечное введение 10% гексенала - 1 грамм
- б) внутривенное медленное введение 10% гексенала - 1 грамм
- в) внутривенное введение 10 мл 25% раствора сульфата магния на глюкозе
- г) все перечисленное
- д) верно б) и в)

025. Неотложная помощь при эпилептическом состоянии включает

- а) внутримышечное введение 50 мг амиазиана
- б) внутримышечное введение 100-150 мг амиазиана при резком возбуждении
- в) спинномозговую пункцию
- г) все перечисленное
- д) верно а) и б)

026. Наиболее распространенный метод неотложной помощи при эпилептическом состоянии включает

- а) внутривенное медленное введение 0.5% раствора 20-60 мг седуксена на 40% растворе глюкозы
- б) внутривенное медленное введение 0.5% раствора 20-60 мг седуксена на изотоническом растворе хлорида натрия
- в) сердечные средства (кардиамин, кофеин, строфантин)
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

027. Малые припадки характеризуются следующими признаками

- а) полным исключением сознания
- б) судорожным радикалом
- в) разнообразием клинических проявлений
- г) верно а) б)
- д) всем перечисленным

028. К малым припадкам относятся все перечисленные, кроме

- а) парциальных джексоновских припадков
- б) абсансов
- в) пропульсивных (акинетических) припадков
- г) ретропульсивных припадков
- д) импульсивных (миоклонических) припадков

029. Абсансы (кратковременные состояния с внезапным исключением сознания) разделяются

- а) на слабые простые
- б) на средние сложные
- в) на абсансы с автоматизированными действиями
- г) на все перечисленные
- д) верно а) и в)

030. К разновидностям пропульсивных припадков относятся все перечисленные, кроме

- а) кивков
- б) клевков
- в) салеми-припадков
- г) молниеносных припадков
- д) амиотонических припадков

031. Возрастная предпочтительность пропульсивных припадков следующая

- а) кивки и клевки - грудной возраст (2-9 месяцев)
- б) салами-припадки - до 4 лет
- в) молниеносные припадки - до 4 лет
- г) верно все перечисленное
- д) верно б) и в)

032. Разновидностями ретропульсивных припадков, возникающих в возрасте 4-12 лет являются

- а) клонические ретропульсивные припадки
- б) рудиментарные ретропульсивные припадки
- в) пикнолептические припадки

- г) ничего из перечисленного
- д) все перечисленные

033. Импульсивные припадки, возникающие в возрасте 10-23 лет характеризуются следующими признаками

- а) внезапными вздрагиваниями или толчкообразными движениями отдельных групп мышц
- б) внезапным падением в ряде случаев
- в) кратковременной потерей сознания
- г) всеми перечисленными
- д) ни одним из перечисленных

Правильный ответ: 4(Г)

034. К бессудорожным пароксизмам с глубоким помрачением сознания относятся все перечисленные, кроме

- а) бредового варианта сумеречного расстройства сознания
- б) абсансов
- в) галлюцинаторного варианта сумеречного расстройства сознания
- г) ориентированного варианта сумеречного расстройства сознания
- д) амбулаторных автоматизмов (фуги, трансы)

035. К бессудорожным пароксизмам с неглубоким расстройством сознания относятся

- а) особые сновидные состояния с фантастическим грезоподобным бредом
- б) состояния, клинические проявления которых соответствуют психопатологической картине аура
- в) ни один из перечисленных
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленные

036. К бессудорожным пароксизмам без расстройства сознания относятся все перечисленные, кроме

- а) ротаторных автоматизмов
- б) аффективных пароксизмов
- в) нарколептических пароксизмов
- г) катаплектических пароксизмов
- д) пароксизмальных состояний с импульсивными влечениями

037. Галлюцинаторный вариант сумеречного расстройства сознания характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) отрешенности
- б) глубокой дезориентировки
- в) преобладания галлюцинаторных расстройств
- г) выраженного двигательного возбуждения с раздражительными действиями, агрессией
- д) импульсивных влечений

038. Галлюцинаторный вариант сумеречного расстройства сознания включает все перечисленное, кроме

- а) отрешенности
- б) аффекта тоски, злобы, напряжения
- в) импульсивных влечений
- г) преобладания галлюцинаторных расстройств
- д) внешне неправильного поведения

039. Бредовый вариант сумеречного расстройства сознания характеризуется всем перечисленным, исключая

- а) внешне правильное поведение

- б) глубокую дезориентировку
- в) отрешенность
- г) преобладание бредовой симптоматики
- д) двигательное возбуждение

040. Ориентированный вариант сумеречного расстройства сознания характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) колебаний глубины сумеречного сознания
- б) выраженного аффекта страха и злобы
- в) в ряде случаев сохранения элементарной ориентировки
- г) сохранения самосознания
- д) бреда, галлюцинаций - в форме эпизодов

Ситуационные задачи

1. Студент 18 лет, внезапно упал, наблюдались тонико-клонические судороги, непроизвольное мочеиспускание. При осмотре: сознание утрачено, изо рта выделяется слюна с небольшим количеством крови. Судороги прекратились через 2 минуты, после чего больной уснул. Со слов матери: наркотические вещества, алкоголь не употребляет, травм головы, нейроинфекций ранее не переносил. В детском возрасте наблюдались кратковременные эпизоды выключения сознания (несколько секунд) и застывания в определенной позе. Сестра больного страдает эпилепсией с детства.

Задание:

- 1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
- 2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
- 3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
- 4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
- 5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
- 6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
- 7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

2. Школьник 8 лет. В течение 3 месяцев страдает приступами тонико-клонического характера, начинающимися в мышцах лица, языка, сопровождающимися гиперсаливацией, остановкой речи, прекращением обычной двигательной активности, потерей контакта с окружающими, наблюдаются автоматизированные движения рук, затем развиваются тонико-клонические генерализованные судороги. Приступы появляются 1 раз в 1-2 недели, без явной причины, длятся 2-3 минуты, после приступа ребенок засыпает. На ЭЭГ выявляются пики в лобноно- височных областях с генерализацией по конвексу. Травм головы, нейроинфекций ранее не переносил.

Задание:

- 1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
- 2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
- 3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
- 4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
- 5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
- 6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
- 7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

3. У мужчины 52 лет после бессонной ночи наблюдается серия судорожных тонико-клонических припадков, следующих друг за другом с интервалом 10-20-30 минут. Между

приступами сознание не восстанавливается, цианоз, зрачки расширены, реакция на свет сохранена, тонус мышц конечностей низкий, сухожильные рефлексы низкие, патологических рефлексов нет. Из анамнеза известно, что пациент несколько лет страдает эпилепсией. Травм головы, нейроинфекций ранее не переносил. Ни у кого из родственников эпилепсии нет. В последний год приступы участились. Противозэпилептические препараты принимает нерегулярно.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

4. Мужчина 46 лет, жалуется на утренние головные боли, приступы, сопровождающиеся подергиваниями в правых конечностях (начинаются в правой ноге, распространяются на правую руку). Сознание не теряет. Приступы повторяются 1-2 раза в день, впервые возникли 3 месяца назад. Из анамнеза известно, что 4 года назад получил закрытую черепно-мозговую травму – ушиб головного мозга. По данным КТ: наружная и внутренняя гидроцефалия. На ЭЭГ: комплексы «острая медленная волна» в лобно-теменной области левого полушария.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

5. Девушка 16 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на эпизоды выключения сознания. Знает об этих эпизодах от знакомых и родственников: во время разговора замолкает, в течение нескольких секунд на обращенную речь не реагирует. Падения, судороги, потерю мочи отрицает. Такие приступы могут повторяться до нескольких десятков раз в день, продолжительность 10-20 секунд. Подобные приступы отмечаются у отца больной. КТ головного мозга патологии не выявило. На ЭЭГ: пароксизмальные разряды «пик медленная волна» с частотой 3/с, с генерализацией по конвексу.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

6. Мужчина 30 лет, обратился к врачу общего профиля по причине того, что в течение месяца у него возникают ощущения онемения и покалывания в правых конечностях,

чувство прохождения «электрического тока» в них с последующей утратой сознания и развитием тонико-клонических судорог и непроизвольного мочеиспускания, после приступа сознание пациента спутанное, сам приступок пациент не помнит.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

7. Женщина 38 лет, внезапно упала в людном месте, громко стонет, произносит трудноразличимые слова, часто дышит, затем на несколько секунд замирает и лежит неподвижно, еще через несколько секунд тело пациентки выгибается с высоким подниманием таза, отмечается мотание головой из стороны в сторону, асинхронные движения рук и ног. Приступ длится около 10 минут. Сразу после приступа – пациентка в сознании, активно отвечает на вопросы. В неврологическом статусе патологических изменений не выявлено.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

8. тка 16 лет, обратилась к врачу общего профиля с жалобами на эпизоды утраты сознания, которым предшествует ощущение дурноты, тошноты, «мелькания мушек», звона в ушах. Если успевает принять горизонтальное положение, то сознание не утрачивается. Такие приступы беспокоят несколько месяцев, чаще при нахождении в душном помещении. В неврологическом статусе патологической симптоматики не выявлено.

Пациентка астенического телосложения, отмечаются лабильность пульса, акрогипергидроз. На ЭЭГ – без патологии.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

9. Больная 20 лет. Со слов матери, с 16 лет у девочки возникают приступы с потерей сознания, прикусыванием языка, тонико-клоническими судорогами непроизвольным мочеиспусканием. Эти приступы повторяются через 1,5-2 месяца. У отца больной наблюдаются аналогичные приступы. В неврологическом статусе очаговая симптоматика не выявляется. Соматически здорова. Рентгенограмма черепа без патологии. Глазное дно нормальное.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

10. Больной, 62 лет, жалуется на головные боли в течение года. 3 месяца тому назад возникли приступы судорог в правой половине лица и в правой руке. В неврологическом статусе: больной заторможен, вял. Сглажена правая носогубная складка язык отклоняется вправо, легкий центральный парез правой руки. Рентгенограмм черепа без патологии. На глазном дне начальные явления застоя сосков зрительных нервов.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

11. Больной В. 46 лет, жалуется на приступы, сопровождающиеся насильственными движениями в правых конечностях (появляются клонические судороги в правой стопе, распространяющиеся на правую руку). Сознание не теряет. Приступы 1 – 2 раза в день, появились впервые 3 месяца назад. Из анамнеза известно, что 4 года назад получил закрытую черепно-мозговую травму - ушиб головного мозга. КТ выявила наружную и внутреннюю гидроцефалию. На рентгенограммах черепа костно-травматических изменений нет. Глазное дно без патологии. На ЭЭГ комплексы «острая – медленная волна» в лобно-теменной области левого полушария.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

МОДУЛЬ: ТОКСИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10

001.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 прогрессирующим течением
- г) постепенное начало заболевания с ремиттирующим течением неврологических проявлений
- д) острое начало и практическое полное выздоровление без рецидивов

002. Ранними формами неврологических осложнений при заболевании печени являются

- а) экстрапирамидные нарушения
- б) нарушения психики
- в) неврастенический синдром
- г) полинейропатия

003. При вирусном гепатите наиболее часто наблюдается

- а) энцефалопатия
- б) миелопатия
- в) полирадикулонейропатия
- г) множественная нейропатия

004. При хроническом гепатоцеребральном синдроме в результате цирроза печени наступает

- а) деменция
- б) атаксия
- в) хореоатетодный гиперкинез
- г) дизартрия
- д) все перечисленное
- е) верно б) и в)

005. Типичным параклиническим признаком портосистемной энцефалопатии (с портальной гипертензией) является

- а) повышение уровня церулоплазмينا 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)

006. 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)

007. 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

008. 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)

009. 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)

010. Развитие фуникулярного миелоза обусловлено нарушением метаболизма

- а) витамина В12
- б) витамина В1
- в) фолиевой кислоты
- г) всего перечисленного

011. 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)

012. 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

013. 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)

014. 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)

015.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

016.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)

017.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

018.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

019.При пневмококковой пневмонии наиболее частым неврологическим осложнением является

- а)полинейропатия
- б)миелопатия
- в)энцефалопатия
- г)менингит
- д)все перечисленное

020.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)

021. При острой метаболической энцефалопатии может наблюдаться

- а) астериксис
- б) тремор
- в) миоклонический гиперкинез
- г) все перечисленное
- д) верно б) и в)

022. При пернициозной анемии

- а) гематологические и неврологические симптомы проявляются одновременно
- б) гематологические симптомы предшествуют неврологическим
- в) неврологические симптомы предшествуют гематологическим
- г) все перечисленное

1169

023. 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)

024. 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)

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

- а) компрессия нервной ткани лейкоцитарными инфильтратами
- б) анемическая гипоксия
- в) дисциркуляторная гипоксия
- г) геморрагические экстравазаты
- д) все перечисленные

026. 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)

027. 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)

028. 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)
029. Поражение нервной системы при лимфогранулематозе происходит в результате
- а) нарушения гемоциркуляции
 - б) компрессии нервов гранулематозной тканью
 - в) разрастания гранул в веществе мозга
 - г) всего перечисленного
 - д) верно б) и в)
030. 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)
031. 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)
032. Двигательные нарушения при гипотиреозе обусловлены
- а) миодистрофией
 - б) миастенией
 - в) полинейропатией
 - г) пароксизмальной миоплегией
 - д) верно а) и в)
 - е) всем перечисленным
033. Фактором патогенеза поражения нервной системы при гипопаратиреозе является
- а) гиперкальциемия
 - б) гипокальциемия
 - в) гипернатриемия
 - г) гипонатриемия
 - д) гиперкалиемия
 - е) гипокалиемия
034. Типичным неврологическим проявлением гипопаратиреоза является синдром
- а) тетании
 - б) миастении
 - в) миодистрофии
 - г) все перечисленное

д)верно а) и б)

035. 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

036. При хронических панкреатитах наиболее часто наблюдается синдром

- а) энцефалопатии
- б) невротический
- в) психотический
- г) полинейропатии
- д) судорожный

037. При острых панкреатитах и панкреонекрозе наиболее часто наблюдается синдром

- а) невротический
- б) энцефалопатии
- в) полинейропатии
- г) менингеальный
- д) верно б) и г)

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

- а) энцефалопатия
- б) миелопатия
- в) полинейропатия
- г) судорожный синдром
- д) все перечисленное

039. 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)

040. 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)

041. 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

042. 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)

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

- а) деменция
- б) полинейропатия
- в) судорожный синдром
- г) миодистрофия
- д) синдром внутричерепной гипертензии

044. 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) верно а) и в)

045. 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

046. 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)

047. 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)

048. 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

049.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

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

- а)III, I, I, II
- б)II, XI, XII
- в)X, XI, XII
- г)IX, X

051.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)

052.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)

053.По своему происхождению гипоксия при сердечной недостаточности является

- а)дыхательной
- б)циркуляторной
- в)гемической
- г)тканевой
- д)гипероксической

054.Для I-й стадии хронического алкоголизма не характерны

- а)утрата количественного контроля потребляемого алкоголя
- б)развитие толерантности к алкоголю
- в)зависимость алкогольных эксцессов от ситуационных факторов
- г)появление психического влечения к алкоголю
- д)развитие абстинентного синдрома

055.Для II-й стадии хронического алкоголизма наиболее важным признаком является

- а)развитие толерантности к алкоголю
- б)формирование абстинентного синдрома

- в) развитие астено-невротического симптомокомплекса
- г) появление соматических осложнений

056. Для III-й стадии хронического алкоголизма характерны следующие признаки, кроме

- а) снижения толерантности к алкоголю
- б) снижения психического влечения
- в) психоэмоционального подъема после приема алкоголя
- г) истинных запоев
- д) появления рвоты при похмелье

057. Развитие эпилептических припадков при хроническом алкоголизме наблюдаются

- а) на I-й стадии
- б) на II-й стадии
- в) на III-й стадии
- г) одинаково вероятно на всех стадиях

058. Наиболее частым соматическим осложнением хронического алкоголизма является

- а) гастрит
- б) язвенная болезнь желудка
- в) энтероколит
- г) гепатит
- д) цирроз печени

059. Энцефалопатия Гайе - Вернике характеризуется следующими неврологическими симптомами, за исключением

- а) глазодвигательных нарушений
- б) атаксии
- в) гемипареза
- г) тремора
- д) хореоатетоза

060. Корсаковский синдром проявляется следующими психическими симптомами, за исключением

- а) амнезии
- б) конфабуляции
- в) дезориентированности во времени
- г) бредовых идей

061. К сенсibiliзирующей терапии алкоголизма относится применение следующих препаратов, за исключением

- а) анаприлина
- б) трихопола
- в) эметина
- г) тетурама

062. Морфиноподобное действие оказывают все перечисленные наркотические вещества, кроме

- а) промедола
- б) опия
- в) пантопона
- г) кодеина
- д) марихуаны

063. Наиболее частым побочным действием морфиноподобных препаратов, вводимых в терапевтических дозах, является

- а) угнетение всех фаз дыхательной деятельности
- б) тахикардия
- в) снижение артериального давления
- г) тошнота и рвота
- д) затруднение мочеиспускания

064. Морфинная абстиненция характеризуется следующими психическими симптомами

- а) беспокойством
- б) тревогой
- в) слезливостью
- г) депрессией
- д) верно а) и б)
- е) верно в) и г)

065. Вегетативные проявления морфинной абстиненции включают следующие симптомы, за исключением

- а) повышения артериального давления
- б) повышения потоотделения
- в) снижения температуры тела
- г) кишечных дискинезий
- д) слезотечения и насморка

066. Длительное злоупотребление продуктами индийской конопли (гашиш, марихуана, маконха, дага, анаша) приводит

- а) к полинейропатии
- б) к тикам
- в) к хореоатетозу
- г) к деменции

Ситуационные задачи

1. Мужчина 56 лет проходит курс лечения по поводу легочного туберкулеза, получает рифампицин и изониазид. Пожаловался лечащему врачу на онемение пальцев рук и ног, чувство «мурашек» в них. Врач пригласил на консультацию невролога, который выявил гипестезию в дистальных отделах конечностей. Других изменений в неврологическом статусе нет.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
 2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
 3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
 4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
 5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
 6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
 7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).
2. Через 3 недели после удаления опухоли ЖКТ, пациент начал курс химиотерапии препаратами цисплатины. После третьего курса начал жаловаться на чувство покалывания

в руках и ногах, усиливающееся на холоде. Врач объяснил пациенту с чем связаны его жалобы.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

3. Родители 4х летнего ребенка заметили, что у него снизился слух. Три месяца назад мальчик перенес правосторонний средний гнойный отит, лечился аминогликозидными антибиотиками в виде внутримышечных инъекций и ушных капель. Ребенка привели на осмотр к ЛОР врачу, который не выявил видимой патологии со стороны среднего уха, но подтвердил, что слух справа резко снижен.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

4. 35 летний мужчина, нигде не работающий, обратился в приемное отделение больницы. Жалуется на нарушение походки: наступает на наружный край стоп, не может удержать равновесие и часто падает. Рассказал, что длительно злоупотреблял алкоголем и эфедронам, который изготовлял дома и вводил внутривенно. При неврологическом осмотре выявлено: гипомимия, брадикинезия, дистония стоп, постуральные нарушения. Так как больной подошел по тематике, которой занимаются на неврологическом отделении, его госпитализировали и сделали МРТ. На МРТ выявлены области «свечения» в подкорковых ядрах.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

5. Мужчина 24х лет доставлен из ночного клуба в приемное отделение больницы после генерализованного судорожного припадка. При осмотре: множественные следы /свежие и старые/ от в/в инъекций на руках и ногах, кома 1 ст., ЧСС – 120 в 1 мин., АД=160/100 мм Hg, t=38⁰C. Двухсторонний мидриаз. Левосторонняя гемиплегия, глубокие рефлексy S>d, симптом Бабинского с 2х сторон, ригидность мышц шеи, 2х сторонний симптом Кернига. При люмбальной пункции: давление ликвора 300 мм водного столба, равномерно окрашен кровью во всех порциях.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

- 6.** Пациент 51 года в течение 20-ти лет работает электросварщиком. Последние полгода стал хуже справляться с работой из-за выраженной медлительности. При неврологическом осмотре выявлено: маскообразное лицо, речь тихая монотонная, двухсторонняя мышечная ригидность. МРТ головного мозга патологии не выявила.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

- 7.** Мужчина 49 лет (грузчик в магазине) обратился в поликлинику с жалобами на шаткую походку. Два дня назад на работе потерял сознание, со слов, работающих с ним грузчиков, были судороги. В тот день к врачу не обращался, остался спать в подсобном помещении на работе. Врач обратил внимание на внешний вид пациента- выглядит старше своих лет, лицо одутловатое, отсутствует большое количество зубов, стойкий запах перегара изо рта, одежда неопрятная. В неврологическом статусе выявлена неустойчивость в позе Ромберга, грубая атаксия при выполнении коллено-пяточной пробы с двух сторон, других неврологических симптомов нет. На КТ – атрофия мозжечка.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

- 8.** Мужчина 58 лет работает с локальной вибрацией (отбойный молоток), в течение 10 лет. Хронических заболеваний внутренних органов не имеет. Обратился к врачу с жалобами на замедленность движений, изменения походки (уменьшилась длина шага, иногда трудно сразу остановиться), мелкое дрожание в пальцах правой кисти при волнении. Врач выявил легкие признаки олиго-брадикинезии, статический тремор в пальцах правой кисти.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

9. Больной 48 лет, страдающий хроническим панкреатитом, обследовался в поликлинике в связи с возникшим сильным болевым синдромом в голених и стопах. Так как было выявлено повышение уровня глюкозы, его госпитализировали на эндокринологическое отделение. Жена пациента рассказала, что последние несколько лет он ежедневно выпивает по 200 – 400 мл водки. Врачи на отделении, после физикального и лабораторного обследования, выявили у пациента полиорганную патологию: цирроз печени, миокардиодистрофию, хронический панкреатит, вторичный сахарный диабет. Врач невролог выявил отсутствие Ахилловых рефлексов и гиперпатию на стопах.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

10. Больной 52 лет, страдающий хроническим панкреатитом, жалуется на онемение, «жжение» стоп, боль в мышцах голених, парестезии в пальцах рук, Эти явления появились 5 недель назад. Кроме того, в течение года отмечает пошатывание при ходьбе, ухудшение памяти. Наблюдается у нарколога.

В неврологическом статусе: Снижение силы разгибателей стоп, гипотония икроножных мышц, ахилловы рефлексы не вызываются, снижены карпорадиальные рефлексы. Выявляются симптомы орального автоматизма. Снижение поверхностной чувствительности на стопах и кистях. Снижение мышечно-суставного чувства в пальцах стоп. При выполнении коленно-пяточной пробы отмечается атакия с двух сторон.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

11. Студентка медицинского училища обратилась с жалобами на слабость, сердцебиение, нарушение зрения (нечеткость видения предметов), «осиплость» голоса. Из анамнеза известно, что 2 месяца назад, болело горло, лечилась самостоятельно, т. к. не хотела пропускать «практику» в детской инфекционной больнице. При объективном осмотре выявлено снижение глоточного рефлекса, дисфония, угнетение надбровного рефлекса справа. Силовых парезов нет, ахилловы рефлексы снижены. Нарушение мышечно-суставного чувства в стопах.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).

3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

МОДУЛЬ: ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10

001. 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
002. 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
003. 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)
004. 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)
005. 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)

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

- а) дексаметазон
- б) флудрокортизон
- в) симпатомиметики
- г) β -блокаторы
- д) верно а) и г)
- е) верно б) и в)

007. 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

008. 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

009. Для базисной терапии вегетативных кризов применяются следующие препараты

- а) β -блокаторы
- б) беллатаминал
- в) клоназепам
- г) трициклические антидепрессанты
- д) верно в) и г)
- е) все перечисленные

010. 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

011. 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)

012. 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

013. 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

014. 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

015. Поражение центральной (надсегментарной) вегетативной нервной системы проявляется следующими синдромами

- а) рефлекторной симпатической дистрофией
- б) нейроэндокринно-метаболическими расстройствами
- в) психовегетативным синдромом
- г) астеноневротическим синдромом
- д) верно б) и в)
- е) всеми перечисленными

016. 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

017. 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

018.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)

019.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)

020.Наиболее эффективным методом лечения рефлекторной симпатической дистрофии является

- а)применение адrenoблокаторов
- б)кортикостероидная терапия
- в)блокада регионарных симпатических узлов
- г)применение капсаицина
- д)иглорефлексотерапия
- е)физиотерапия

021.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

022.Тазовые расстройства не характерны

- а)для рассеянного склероза
- б)для оливопонтocerebellярной атрофии
- в)для болезни Паркинсона
- г)для бокового амиотрофического склероза
- д)для мультисистемной атрофии
- е)неверно все перечисленное

023.Преобладающим типом нарушения мочеиспускания при периферической вегетативной недостаточности является

- а)нарушение накопления мочи
- б)нарушение опорожнения мочевого пузыря
- в)императивные позывы
- г)периодическое недержание
- д)все перечисленное
- е)ничего из перечисленного

024. При нарушении опорожнения мочевого пузыря применяют
- а) прием Креде
 - б) периодическую катетеризацию
 - в) холиномиметики
 - в) б-адреноблокаторы
 - г) а-адреноблокаторы
 - д) все перечисленное
 - е) верно а), б), в)
025. Причиной рефлекторной симпатической дистрофии может являться
- а) травма мягких тканей
 - б) травма периферических нервов
 - в) инфаркт миокарда
 - г) боковой амиотрофический склероз
 - д) верно а), б), в)
 - е) все перечисленное
026. Вариантом рефлекторной симпатической дистрофии является
- а) синдром Персейдж - Тернера (невралгическая амиотрофия)
 - б) синдром Стейнброекера (плечо - кисть)
 - в) синдром "замороженного плеча"
 - г) задний шейный симпатический синдром
 - д) все перечисленное
 - е) ничего из перечисленного
027. При нейропатических болях стреляющего характера наиболее эффективны
- а) антидепрессанты
 - б) антиконвульсанты
 - в) нестероидные противовоспалительные средства
 - г) симпатолитики
 - д) верно а) и б)
 - е) ничего из перечисленного
028. При нейропатических болях жгучего характера наиболее эффективны
- а) антидепрессанты
 - б) антиконвульсанты
 - в) нестероидные противовоспалительные средства
 - г) симпатолитики
 - д) верно а) и б)
 - е) ничего из перечисленного
029. Для уменьшения боли при синдроме рефлекторной симпатической дистрофии применяются
- а) антидепрессанты
 - б) антиконвульсанты
 - в) блокаторы кальциевых каналов
 - г) симпатолитики
 - д) верно а) и г)
 - е) все перечисленные препараты
030. Признаками синдрома неадекватной (повышенной) секреции АДГ являются
- а) гипернатриемия
 - б) гипонатриемия

- в)гипоосмолярность крови
- г)гиперосмолярность крови
- д)верно а) и г)
- е)верно б) и в)

031. Наиболее частой причиной гипоталамического синдрома в возрасте 10-25 лет являются

- а)неврозы
- б)травмы
- в)опухоли
- г)менингиты
- д)энцефалиты
- е)церебральные кровоизлияния

032. Наиболее частой причиной гипоталамического синдрома в возрасте 25-50 лет являются

- а)церебральные кровоизлияния
- б)травмы
- в)опухоли
- г)воспалительные заболевания ЦНС
- д)энцефалопатия Гайе - Вернике
- е)ничего из перечисленного

033. Критерием диагностики гипоталамического синдрома является наличие

- а)нейроэндокринных расстройств
- б)нейрометаболических расстройств
- в)нейромышечных расстройств
- г)мотивационно-поведенческих расстройств
- д)верно а), б) и г)
- е)всего перечисленного

034. Отличительными признаками церебрального ожирения от идиопатического (экзогенно-конституционального) ожирения являются

- а)андроидный характер распределения жировой ткани
- б)гиноидный характер распределения жировой ткани
- в)нарушения менструального цикла и гипогонадизм
- г)гиперфагическая реакция на стресс
- д)все перечисленные
- д)ничего из перечисленного

035. Наиболее частой причиной одностороннего феномена Рейно является

- а)синдром верхней апертуры грудной клетки
- б)синдром запястного канала
- в)шейная радикулопатия
- г)спондилогенная цервикальная миелопатия
- д)синдром подключичного обкрадывания

036. Патогномоничным признаком гипоталамического синдрома являются

- а)вегетативные кризы
- б)нарушения терморегуляции
- в)мотивационно-поведенческие расстройства
- г)нарушения активации на ЭЭГ
- д)полигландулярная недостаточность
- е)все перечисленное неверно

037. Птоз при синдроме Горнера уменьшается

- а) при повторных движениях глаз
- б) при взгляде вверх
- в) при закапывании в глаз атропина
- г) при закапывании в глаз мезатона
- д) при всем перечисленном

038. При нарушении накопления мочи не назначают

- а) холинолитики
- б) антихолинэстеразные средства
- в) миорелаксанты (баклофен)
- г) трициклические антидепрессанты
- д) транквилизаторы
- е) неверно все перечисленное

039. Причиной гиперпролактинемии (персистирующей галактореи-аменореи) может явиться

- а) аденома гипофиза
- б) краниофарингиома
- в) инсульт
- г) дегенерация аркуатного дофаминергического пути
- д) нейрорептическая терапия
- е) все перечисленное

040. При сочетании двустороннего птоза со снижением болевой чувствительности и рефлексов на руках в первую очередь следует исключить

- а) полиневропатию
- б) внутричерепную опухоль
- в) миастению
- г) интрамедуллярную опухоль шейного отдела
- д) боковой амиотрофический склероз

041. Синдром Аргайла Робертсона наблюдается

- а) при рассеянном склерозе
- б) при синдроме Парино
- в) при нейросифилисе
- г) при сахарном диабете
- д) при алкоголизме
- е) при всем перечисленном

042. На ранней стадии синдрома Эйди обычно наблюдается

- а) одностороннее расширение зрачка
- б) одностороннее сужение зрачка
- в) односторонний птоз
- г) двустороннее расширение зрачка
- д) двустороннее сужение зрачка
- е) двусторонний птоз

043. Причиной синдрома Горнера с феноменом денервационной гиперчувствительности могут явиться все перечисленные заболевания, кроме

- а) опухоли основания черепа
- б) синдрома Панкоста

- в)воспаления кавернозного синуса
- г)опухоли орбиты
- д)диабетической дистальной полиневропатии

044.Причиной синдрома Горнера без денервационной гиперчувствительности могут быть все перечисленные заболевания, за исключением

- а)верхушечной карциномы легких
- б)шейного ребра
- в)рака щитовидной железы
- г)воспалительных заболеваний орбиты
- д)метастазов в лимфатические узлы средостения

045.Наиболее частой причиной односторонних болей в лице, сопровождающихся выраженной вегетативной симптоматикой, является

- а)носоресничная невралгия
- б)крылонебная невралгия
- в)невралгия большого каменистого нерва
- г)пучковые (кластерные) головные боли
- д)невралгия тройничного нерва
- е)каротидиния

046.При ботулизме наиболее часто наблюдаются следующие вегетативные симптомы

- а)нарушение реакции зрачков на свет
- б)нарушение аккомодации
- в)гиперсаливация
- г)снижение перистальтики кишечника
- д)верно а), б) и в)
- е)верно б) и г)

047.Гипервентиляционная проба для подтверждения диагноза нейрогенной тетании проводится обычно в течение

- а)30 с
- б)1 мин
- в)2 мин
- г)3 мин
- д)5 мин

048.Критерием положительной гипервентиляционной пробы является

- а)возникновение предобморочного состояния
- б)появление дрожи
- в)появление страха
- г)воспроизведение имеющихся у больных симптомов
- д)появление положительного симптома Хвостека
- е)снижение концентрации углекислого газа в альвеолярном воздухе

049.Для гипервентиляционного синдрома характерны онемение и парестезии

- а)в дистальных отделах рук
- б)в дистальных отделах ног
- в)в периоральной области
- г)шейно-затылочной области
- д)во всех перечисленных областях
- е)верно а), б) и в)

050. Назовите среднюю суточную дозу трициклических антидепрессантов, оказывающую эффект при вегетативных кризах

- а) 12.5-25 мг
- б) 25-50 мг
- в) 50-100 мг
- г) 100-150 мг
- д) 150-300 мг

051. Назовите среднюю суточную дозу клоназепама, подавляющую вегетативные кризы

- а) 0.5 мг
- б) 1 мг
- в) 2 мг
- г) 6 мг
- д) 8 мг

052. Для периферической вегетативной недостаточности при сахарном диабете характерны все проявления, кроме

- а) ортостатической гипотензии
- б) артериальной гипертензии в положении лежа
- в) ночных поносов
- г) запоров
- д) повышенной реакции на гипогликемию
- е) ангидрога

053. Для нейрогенной импотенции при сахарном диабете в отличие от психогенной импотенции характерно

- а) острое начало
- б) снижение либидо
- в) отсутствие утренних эрекций
- г) преждевременная эякуляция
- д) все перечисленное

054. Нейрогенная остеоартропатия (сустав Шарко) при сахарном диабете наиболее часто возникает

- а) в плюснефаланговых суставах
- б) в плюснепредплюсневых суставах
- в) в голеностопных суставах
- г) в коленных суставах
- д) в локтевых суставах

055. Сегментарный аппарат симпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов на уровне сегментов

- а) C5-C8
- б) T1-T8
- в) C8-L2
- г) L2-S5

056. Спинальный сегментарный аппарат парасимпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов на уровне сегментов

- а) C2-C5
- б) C6-T2
- в) T5-T8

- г)Т10-L1
- д)L2-L5
- е)S2-S5

057.Цилиоспинальный центр расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне сегментов

- а)С6-С7
- б)С7-С8
- в)С8-Т2
- г)Т3-Т4

058.В норме учащение пульса при исследовании вегетативных рефлексов вызывает проба

- а)Ашнера (глазосердечный рефлекс)
- б)клиностатическая
- в)ортостатическая
- г)шейно-сердечная (синокаротидный рефлекс)

059.Ведущим вазомоторным фактором алгической стадии приступа мигрени считается

- а)спазм артерий вертебробазилярной системы
- б)спазм артерий в системе наружной сонной артерии
- в)спазм артерий в системе внутренней сонной артерии
- г)дилатация ветвей внутренней сонной артерии
- д)дилатация ветвей наружной сонной артерии

060.Приступ ассоциированной мигрени от других форм мигрени отличает наличие

- а)предвестников
- б)двусторонней локализации боли в височной области
- в)рвоты на высоте приступа
- г)преходящих очаговых неврологических симптомов
- д)обильного мочеиспускания в конце приступа

061.Продолжительность приступа больше при следующей форме мигрени

- а)классической (офтальмической)
- б)ассоциированной
- в)простой
- г)ретиальной
- д)различий в продолжительности приступа нет

062.Для ауры классической (офтальмической) мигрени характерно

- а)расходящееся косоглазие
- б)сходящееся косоглазие
- в)птоз
- г)"мерцающие" скотомы
- д)нистагм

063.Приступы связанной с месячным циклом "менструальной" мигрени чаще бывают

- а)в течение предшествующей менструации недели
- б)в первые дни менструации
- в)в последние дни менструации
- г)сразу после окончания менструации
- д)в любой из указанных периодов

064.Пучковая (кластерная) головная боль

- а)чаще бывает у мужчин
- б)чаще бывает у женщин
- в)приступ обычно ночью
- г)приступ обычно днем
- д)верно а) и в)
- е)верно б) и г)

065. При лечении хронической пароксизмальной гемикрании наиболее эффективен

- а)аспирин
- б)индометацин
- в)эрготамин
- г)анаприлин
- д)резерпин

066. Синдром акромегалии является результатом гиперпродукции в гипофизе

- а)адренкортикотропного гормона
- б)гонадотропного гормона
- в)соматотропного гормона
- г)тиреотропного гормона
- д)пролактина

067. Лечение несахарного диабета включает

- а)тиреотропные гормоны
- б)адиурекрин
- в)гормоны коры надпочечников
- г)инсулин
- д)все перечисленное

068. При нейрогенном гипервентиляционном синдроме изменение паттерна дыхания характеризуется

- а)учащением дыхания
- б)углублением дыхания
- в)увеличением отношения выдох/вдох
- г)уменьшением отношения выдох/вдох
- д)верно а) и г)
- е)верно б) и в)

069. При нейрогенном гипервентиляционном синдроме изменения кислотно-щелочного состояния характеризуются

- а)повышением давления углекислоты в альвеолярном воздухе
- б)понижением давления углекислоты в альвеолярном воздухе
- в)повышением напряжения углекислоты в артериальной крови
- г)понижением напряжения углекислоты в артериальной крови
- д)верно а) и в)
- е)верно б) и г)

070. Электролитный дисбаланс при нейрогенном гипервентиляционном синдроме проявляется

- а)гипокалиемией
- б)гипокальциемией
- в)гипонатриемией
- г)гипохлоремией
- д)всем перечисленным

071. Субъективными симптомами нейрогенного гипервентиляционного синдрома является ощущение

- а) нехватки воздуха
- б) "пустого" (бесполезного) вдоха
- в) препятствия ("кома") в горле
- г) всего перечисленного
- д) верно а) и б)
- е) верно б) и в)

072. Нейротрансммиттером в терминалях симпатических преганглионарных нейронов является

- а) ацетилхолин
- б) адреналин
- в) норадреналин
- г) дофамин
- д) серотонин

073. Нейротрансммиттером в терминалях симпатических постганглионарных нейронов является

- а) адреналин
- б) норадреналин
- в) ацетилхолин
- г) дофамин
- д) серотонин

074. Тахикардия в покое (90-100 ударов в минуту) у больных с прогрессирующей вегетативной недостаточностью обусловлена

- а) усилением симпатических влияний на сердце
- б) ослаблением симпатических влияний на сердце
- в) усилением парасимпатических влияний на сердце
- г) ослаблением парасимпатических влияний на сердце

075. Эритромелалгия характеризуется болями и отечностью дистальных отделов конечностей, что обусловлено

- а) тромбозом периферических артерий
- б) тромбозом периферических вен
- в) спазмом периферических артерий
- г) дилатацией периферических артерий
- д) дистальным лимфостазом

076. Для синдрома поражения звездчатого узла характерны

- а) жгучие боли в области шеи, руки и нижней трети лица
- б) нарушения ритма сердечных сокращений
- в) нарушения трофики кожи шеи, руки и лица на стороне поражения
- г) все перечисленное
- д) верно а) и в)

077. Для заднего шейного симпатического синдрома характерно сочетание

- а) односторонней пульсирующей головной боли с кохлеовестибулярными нарушениями
- б) головной боли в затылочной области с корешковыми чувствительными расстройствами по ульнарной поверхности руки
- в) жгучих болей в надключичной области с приступами мышечной слабости в руке
- г) всего перечисленного

078. Гемияноптический дефект поля зрения при ауре офтальмической мигрени наступает в результате дисциркуляции в области

- а) сетчатой оболочки глаза
- б) зрительного тракта
- в) лучистого венца
- г) коры затылочной доли
- д) в любой из перечисленных областей

Ситуационные задачи

1. Женщина 30 лет, обратилась к врачу с жалобами на приступообразные пульсирующие боли в правой половине головы, возникающие после переутомлений и эмоционального напряжения. Страдает головными болями с 13 лет. Подобными головными болями страдают мать и две родные тети. Боли иррадируют в правый глаз и верхнюю челюсть. На высоте головной боли, отмечается тошнота иногда рвота. Приступ длится несколько часов. Проходит после длительного сна или инъекций анальгетиков. В неврологическом статусе очаговой неврологической патологии не выявлено, кроме выраженных вегетативных признаков (асимметрия А. Д., стойкий красный дермографизм и др.)

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

2. Женщина, 23 лет, обратилась к врачу с жалобами на головные боли давящего, распирающего характера, сердцебиение, потливость, иногда одышку, колебания АД, возникающие после волнений и переутомлений.

В анамнезе: хронический тонзиллит, частые простудные заболевания. При осмотре больная правильного телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные. АД справа — 110/60, АД слева 90/50 мм рт. ст. Пульс 96 ударов в минуту. Стойкий розовый дермографизм, гипергидроз ладоней и стоп. Другой очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

3. Больная, 23 лет, обратилась к врачу с жалобами на приступообразные боли в кистях рук, чувство похолодания в них, изменение окраски кожных покровов. Заболела 2 года назад, после длительного охлаждения. После перенесенного гриппа, все эти явления усилились. При осмотре: отмечается бледность кожных покровов кистей рук с цианотичным оттенком. Кисти холодные на ощупь влажные, легкая гипестезия кончиков пальцев.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

4. Молодой человек, парикмахер, обратился к врачу с жалобами на периодически возникающую отечность в области лица, сопровождающуюся легким зудом. Отек держится несколько часов и полностью исчезает, иногда без лечения. При осмотре во время приступа: выраженный отек губ, век, языка. Очаговой неврологической патологии не выявлено.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

5. Женщина, 40 лет, обратилась к врачу с жалобами на приступы болей в левой половине шеи, распространяющиеся на половину лица и плечо. Боли носят жгучий характер. Появление болей связывает с перенесенным гриппом с высокой температурой. При осмотре выявляется болезненность при пальпации в области грудино-сосковой мышцы слева, гиперестезия в области лица и шеи. Левая половина лица гиперемирована. Мидриаз, легкий экзофтальм слева. Другой очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

6. Мужчина, 36 лет, обратился к врачу с жалобами на сильные приступообразные боли в области пупка, иногда эпигастральной области, иррадиирующие в поясницу и вниз живота, сопровождающиеся урчанием кишечника, поносом, повышением АД. Между приступами остаются тупые боли в области пупка, болезненность при пальпации точек солнечного сплетения. Другой очаговой симптоматики со стороны нервной системы не выявлено. В анамнезе у больного травма живота.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).

6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

7. На приеме ребенок 11 лет с жалобами на выпадение волос участками, ломкость ногтей, повышенную сонливость, периодические приступы булимии.

Объективно: ребенок повышенного питания, на коже живота бедер отмечаются стрии различной степени давности. В области передней поверхности грудной клетки, живота, на внутренней поверхности правого предплечья участки депигментации кожи. На голове имеется гнездное облысение. Гипертрихоз в области спины, гиперкератоз. Черепно-мозговые нервы без патологии. Сухожильные рефлексы с рук и ног S=D. Патологических рефлексов и менингеальных знаков нет. Координация сохранена.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

8. На приеме ребенок 15 лет с жалобами на сильные головные боли, возникающие после сна с приступами тошноты.

Из анамнеза: заболевание началось 4 года назад с периодических приступообразных головных болей.

Затем стал отмечать активный рост лица, рук и ног. Размер обуви 48.

Активно: акромегалическое лицо резко выражены надбровные дуги и скуловые кости, большой нос, толстые губы, прогнатизм (нижняя челюсть выступает вперед). Глазные щели S=D, реакция зрачков на свет сохранена, острота зрения на оба глаза 1,0 четкая битемпоральная гетеронимная гемианопсия на белый, красный цвета. Двигательных, чувствительных и координаторных расстройств нет.

На рентгенографии черепа увеличенное в размерах турецкое седло.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

9. В отделение поступила ребенок 13 лет с жалобами на повышение температуры до 37,5° в течение месяца, приступы повышения температуры до 39° с ознобом, продолжительностью 2 часа. Температура снижается самостоятельно без приема медикаментов.

Объективно: общее самочувствие не страдает. Двигательных, чувствительных и координаторных расстройств нет. При термометрии получен монотермический тип кривой. Асимметрия температуры подмышечных впадин, термоинверсия аксиллярной и ректальной температуры.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

10. На приеме ребенок 8 лет с жалобами на покраснение левой половины лица и шеи. Периодическую боль в левой половине лица, шеи. Продолжительность приступов от 1 до 2 часов. Объективно: во времени и пространстве ригидирована, эмоционально лабильна. Отек левой половины лица, особенно век, гиперемия кожи лица и шеи с выраженным потоотделением (дисгидроз) слева Гиперпатия левой половины лица, шеи. Появляется блефароспазм при взгляде на свет. Глазные щели D>S, отмечается опущение верхнего века справа, разница диаметра зрачков D>S. Реакция зрачков на свет сохранена, но слева выражена слабее. Гетерохромия (разный цвет радужной оболочки).

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

11. На приеме ребенок 11 лет с жалобами на приступообразные жгучие боли в области живота, отрыжку, вздутие живота. Приступы продолжаются около часа ежедневно и заканчиваются обильным мочеиспусканием.

Из анамнеза: 7 дней назад ребенок получил тупую травму в область эпигастрия.

Объективно: болезненны точки солнечного сплетения - ниже мечевидного отростка. При давлении на живот выше пупка замедляется пульс и понижается артериальное давление. Живот вздут, кожные покровы тела влажные, ознобopodobный гиперкинез.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Назовите мероприятия по профилактике инвалидизации и вторичной профилактики инсульта (ПК-1).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Какой совет можно дать пациенту (ПК-9).
7. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности (ПК-10).

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Институт последипломного образования

Кафедра безопасности жизнедеятельности и медицины чрезвычайных ситуаций

**Приложение 1
к рабочей программе дисциплины**

**Оценочные средства и методические материалы для проведения
промежуточной аттестации по дисциплине
«Медицина чрезвычайных ситуаций»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Квалификация выпускника: врач – невролог

Направление подготовки: 31.08.42 Неврология

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.Б.2

I. Паспорт ОС по дисциплине «Медицина чрезвычайных ситуаций»

1.1. Область применения

Фонд оценочных средств – является неотъемлемой частью учебно-методического комплекса дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций» и предназначен для контроля и оценки образовательных достижений обучающихся, освоивших программу данной дисциплины и в процессе освоения ее.

1.2. Цели и задачи фонда оценочных средств

Целью Фонда оценочных средств является установление соответствия уровня подготовки обучающихся требованиям Федерального образовательного стандарта высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации с учётом рекомендаций примерной основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры).

Для достижения поставленной цели Фондом оценочных средств по дисциплине «Медицина чрезвычайных ситуаций» решаются следующие задачи:

1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.
2. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.
3. Подготовка врача-специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь при массовом поступлении пораженных из очага массовых санитарных потерь чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.
4. Подготовить врача-специалиста, владеющего навыками и общеврачебными манипуляциями по оказанию первой, доврачебной и первой врачебной помощи.
5. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу свободно ориентироваться в вопросах организации медицинского обеспечения населения, пострадавшего в результате чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.

1.3. Контролируемые компетенции

В результате изучения дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций» предусмотрено формирование следующих компетенций:

Таблица 1

Код	Наименование компетенции
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
УК-3	Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом

	исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения
ПК-3	Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
ПК-7	Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
ПК-12	Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

**1.4. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине
«Медицина чрезвычайных ситуаций»**

Таблица 2

№ пп	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Контрольное мероприятие (аттестационное испытание), способы его проведения
1	УК-2, УК-3, ПК-3	Знает Безопасность жизнедеятельности. Ее основные задачи, место и роль в подготовке специалиста Медико-биологические аспекты дисциплины «Безопасность жизнедеятельности». Характер системы «человек-среда обитания». Взаимодействие человека со средой обитания. Критерии воздействия негативного воздействия: санитарные потери, безвозвратные потери, сокращение продолжительности жизни. Основные понятия, термины, определения: чрезвычайная ситуация, чрезвычайная ситуация в здравоохранении, авария, катастрофа, стихийное бедствие, пострадавший, пораженный Источники и уровни различных видов опасностей естественного, антропогенного и техногенного характера. Классификация негативных факторов, чрезвычайных ситуаций и катастроф. Вероятность (риск) и уровни воздействия негативных факторов	Комплект тестовых заданий, защита рефератов	Компьютерное и бланковое тестирование по итогам изучения: -Тема 1.1 «Основные положения безопасности жизнедеятельности. Понятия, термины, определения. Общая характеристика ЧС» -Тема 1.2 «Негативные факторы среды обитания и их воздействие на человека» -Тема 1.3 «Бытовые травмы и поражения» -Тема 1.4 «Управление безопасностью жизнедеятельности. Техника безопасности на рабочих местах. Охрана труда»
2	УК-2, УК-3,	Знает Основные понятия, термины,	Комплект тестовых	Компьютерное и бланковое

ПК-7	<p>определения: чрезвычайная ситуация, чрезвычайная ситуация в здравоохранении, авария, катастрофа, стихийное бедствие, пострадавший, пораженный</p> <p>Организацию медицинской сортировки на догоспитальном этапе. Организацию работы сортировочной бригады медицинского отряда, организацию внутрипунктовой и эвакуационной сортировки. Организацию медицинской сортировки в больнице при массовом поступлении пораженных из очага. Дорожно-транспортная безопасность. Организация медико-санитарного обеспечения при ДТП, сопровождающимся массовыми санитарными потерями</p> <p>Оказание первой помощи при ликвидации последствий химических аварий, краткая характеристика химических аварий. Оказание первой помощи при ликвидации последствий радиационных аварий, краткая характеристика радиационных аварий. Оказание первой помощи при ЧС на взрыво- и пожароопасного характера, характеристика ЧС взрыво- и пожароопасного характера</p> <p>Оказание первой помощи при террористических актах: краткая характеристика террористических актов Оказание первой помощи при локальных вооруженных конфликтах</p> <p>Оказание первой помощи при ликвидации последствий землетрясений. Принципы оказания медицинской помощи при наводнении, при попадании людей под снеговые лавины, в районе, пострадавшем от селя, при ликвидации медико-санитарных последствий пожаров</p>	заданий, защита рефератов	<p>тестирование по итогам изучения:</p> <p>-Тема 1.3 «Бытовые травмы и поражения»</p> <p>-Тема 1.4 «Управление безопасностью жизнедеятельности. Техника безопасности на рабочих местах. Охрана труда»</p> <p>-Тема 2.1 «Медико-тактическая характеристика ЧС техногенного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС техногенного характера»</p> <p>-Тема 2.2 «Медико-тактическая характеристика ЧС природного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС природного характера»</p> <p>-Тема 3 Дорожно-транспортная безопасность. Медицинская помощь при ДТП</p>
	<p>Владеет</p> <p>Навыками извлечения пораженных из труднодоступных мест, в том числе и при синдроме длительного сдавления с использованием подручных средств, а также лямки</p>	Отработка навыков на тренажерах в классе практической подго-	Демонстрация ординаторами владения практическими навыками по итогам изучения

	<p>медицинской носилочной и ляжки специальной Ш-4</p> <p>Навыками переноски пострадавших с использованием носилок медицинских, подручных средств, ляжки медицинской носилочной и ляжки специальной Ш-4</p> <p>Навыками оказания первой помощи при попадании инородного тела в дыхательные пути.</p> <p>Навыками оказания первой помощи при электротравме и поражении молнией.</p> <p>Навыками оказания первой помощи при утоплении.</p> <p>Навыками оказания первой помощи при гипотермии.</p> <p>Навыками оценки тяжести поражения при механической травме, ожоге.</p> <p>Навыками оказания первой помощи при механической травме, ожогах, поражении отравляющими аварийно-опасными веществами и при поражении ионизирующим излучением.</p> <p>Навыками оказания первой помощи при дорожно-транспортных происшествиях</p> <p>Навыками проведения мероприятий первичного реанимационного комплекса</p>	<p>товки</p>	<p>- Тема 2.1 «Медико-тактическая характеристика ЧС техногенного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС техногенного характера»</p> <p>- Тема 2.2 «Медико-тактическая характеристика ЧС природного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС природного характера»</p> <p>- Тема 2.3 «Техника безопасности на рабочих местах. Охрана труда»</p> <p>- Тема 3 Дорожно-транспортная безопасность. Медицинская помощь при ДТП</p>
<p>3</p>	<p>Знает</p> <p>Вероятность (риск) и уровни воздействия негативных факторов</p> <p>Организацию медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий химических аварий.</p> <p>Организацию медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий радиационных аварий.</p> <p>Организацию медико-санитарного обеспечения при чрезвычайных ситуациях на взрыво- и пожароопасного характера.</p> <p>Особенности медико-санитарного обеспечения при террористических актах.</p> <p>Особенности медико-санитарного обеспечения при локальных</p>	<p>Комплект тестовых заданий, защита рефератов</p>	<p>Компьютерное и бланковое тестирование по итогам изучения:</p> <p>- Тема 2.1 «Медико-тактическая характеристика ЧС техногенного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС техногенного характера»</p> <p>- Тема 2.2 «Медико-тактическая характеристика ЧС природного характера. Организация оказания медицинской помощи</p>

	<p>вооруженных конфликтах: условия деятельности органов здравоохранения при локальных вооруженных конфликтах</p> <p>Организацию работы лечебного учреждения при массовом поступлении пораженных из очага техногенной аварии, природной катастрофы</p> <p>Организацию медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий землетрясений.</p>		<p>при ЧС природного характера»</p> <p>Т. 2.3 «Организовать оказание первой и доврачебной помощи при террористическом акте и при локальных военных конфликтах»</p> <p>- Тема 3 Дорожно-транспортная безопасность.</p>
	<p>Умеет</p> <p>Организовать работу сортировочной бригады медицинского отряда при массовом поступлении пострадавших</p> <p>Организовать внутрипунктовую и эвакуационную сортировку при массовом поступлении пораженных из очага массовых санитарных потерь в лечебное учреждение</p> <p>Организовать оказание первой помощи пострадавшим в очаге техногенной аварии</p> <p>Организовать оказание первой помощи при террористическом акте и при локальных военных конфликтах</p> <p>Организовать оказание первой помощи пострадавшим в очаге природной катастрофы (землетрясение, наводнение)</p> <p>Организовать оказание медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях</p>	<p>Комплекты ситуационных задач и сценарии ролевых игр</p>	<p>Решение ситуационных задач и проведение ролевых игр по итогам изучения</p> <p>- Тема 2.1 «Медико-тактическая характеристика ЧС техногенного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС техногенного характера»</p> <p>- Тема 2.2 «Медико-тактическая характеристика ЧС природного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС природного характера»</p> <p>- Т. 2.3 «Организовать оказание первой и доврачебной помощи при террористическом акте и при локальных военных конфликтах»</p> <p>- Тема 3 Дорожно-транспортная безопасность. Медицинская помощь при ДТП</p>

II. Оценочные средства

2.1 Развернутая беседа и обсуждение рефератов

2.1.1 Содержание

Одна из форм проведения занятий является семинар. Он проводится по наиболее сложным вопросам, темам или разделам. Его цель – формирование и развитие у обучающихся навыков самостоятельной работы, научного мышления, умения активно

участвовать в дискуссии, делать выводы, аргументировано излагать свое мнение и отстаивать его.

Наиболее распространены две формы семинарского занятия: в виде развернутой беседы и в виде обсуждения рефератов и докладов.

Для этой цели при изучении каждой темы определяются вопросы, выносимые для обсуждения на семинарское занятие и предлагаемая тематика рефератов.

Например:

<p>Тема 1.1 «Основные положения безопасности жизнедеятельности. Понятия, термины, определения. Общая характеристика ЧС»</p>	<p style="text-align: center;">Вопросы для обсуждения на занятии</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опасность. Номенклатура опасностей. Таксономия опасностей. 2. Понятие о концепции приемлемого (допустимого) риска 3. Управление риском. Системный анализ безопасности 4. Анализ причинно-следственных связей между реализованными опасностями и причинами 5. Логические операции при системном анализе безопасности <p style="text-align: center;">Примерные темы рефератов</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Классификация чрезвычайных ситуаций по источнику и по масштабу распространения 2. Концепция приемлемого риска. Ее реализация в Российской Федерации 3. Силы и средства РСЧС. Их краткая характеристика 4. Задачи сил и средств РСЧС 5. Силы и средства наблюдения и контроля. Их краткая характеристика 6. Силы и средства ликвидации чрезвычайных ситуаций. Их краткая характеристика 7. Центроспас. Его задачи, структура и оснащение 8. ППС России. Их задачи, структура и оснащение 9. Поисково-спасательный отряд Ивановской области. Его краткая характеристика и возможности 10. Основные задачи Минздрава России в сфере ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций
---	---

2.1.2 Критерии и шкала оценки

При оценивании работы ординаторов используется следующая система оценки

Таблица 3

Система оценок обучающихся

Характеристика ответа	Баллы	Оценка
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном ориентировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента.</p>	100-96	5+
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана</p>	95-91	5

<p>совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные студентом самостоятельно в процессе ответа.</p>		
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные студентом с помощью преподавателя.</p>	90-86	5-
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные студентом с помощью преподавателя.</p>	85-81	4+
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные студентом с помощью "наводящих" вопросов преподавателя.</p>	80-76	4
<p>Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые студент затрудняется исправить самостоятельно.</p>	75-71	4-
<p>Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Студент не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Студент может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p>	70-66	3+
<p>Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания студентом их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p>	65-61	3
<p>Дан неполный ответ. Присутствует нелогичность изложения. Студент затрудняется с доказательностью. Масса существенных ошибок в определениях терминов, понятий, характеристике фактов, явлений. В ответе отсутствуют выводы. Речь неграмотна. При ответе на</p>	60-56	3-

дополнительные вопросы студент начинает понимать связь между знаниями только после подсказки преподавателя.		
Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Не понимает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа студента не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.	55-51	2+
Не получен ответ по базовым вопросам дисциплины.	50-47	2
Отказ от ответа	46	2-

2.1.3 Методические указания по организации и процедуре оценивания

На каждое семинарское занятие планировать не более 2-х докладов рефератов продолжительностью не более 10 минут каждый. Иногда по инициативе преподавателя или по желанию самих ординаторов можно назначить содокладчика (ов). Из числа ординаторов, не готовивших доклад, назначается группа оппонентов, которые предварительно знакомятся с текстами рефератов. Список рекомендованных тем рефератов обязательно изменять на каждую группу. Можно предложить ординаторам самим выбрать название реферата в соответствии с тематикой занятия.

Заслушивание и обсуждение рефератов обязательно необходимо сочетать с развернутой беседой по теме занятия, чтобы заставить всех обучающихся готовиться к занятию.

Для оценки работы докладчика, содокладчика (ов) и оппонентов должны привлекаться все ординаторы группы.

2.2. Тесты

Контроль знаний тестированием является необходимой частью учебного процесса.

Цель проведения контроля знаний в тестовой форме состоит в том, чтобы повысить объективность оценки уровня знаний. Когда тестирование знаний в группе проводится по пройденному курсу, то полнота его изучения выявляется как для всей группы в целом, так и индивидуально для каждого обучающегося.

В отличие от остальных форм контроля знаний, которое отнимают много времени, тестирование проводится для ординаторов всей группы одновременно и, хотя процесс тестирования в целом менее продолжителен, он дает более объективную картину уровня знаний.

Тестирование, независимо от того, проводится оно в письменной форме или посредством компьютеров, психологически меньше нагружает обучающихся и преподавателей. Результаты тестирования после обработки на компьютере представляются в форме совокупности стандартных статистических показателей, пригодных для установления рейтинга знаний ординаторов и сравнительных характеристик группы в целом.

2.2.1. Содержание

Существуют несколько вариантов тестов.

Бланковые тесты содержат только вариант задания с выбором одного или нескольких правильных ответов.

Например:

<u>Задания с выбором одного правильного ответа</u>	№ ... Количественная оценка опасности это...? а) Проблема опасности б) Безопасность в) Условия деятельности г) Риск опасности д) Безопасность жизнедеятельности
<u>Задания с выбором нескольких правильных ответов</u>	№ Выберите правильные утверждения об опасности...? а) Опасности носят потенциальный характер (правильный ответ) б) Актуализация опасностей происходит при определенных условиях, именуемых причинами в) Опасность включает в себя цель, средства, результат и сам процесс опасности г) Опасность – это часть системы государственных мероприятий, проводимых в целях защиты населения от последствий аварий и стихийных бедствий д) Признаками опасности являются: угроза для жизни; возможность нанесения ущерба здоровью; нарушение условий нормального функционирования систем человека

Тесты в компьютерном варианте позволяют использовать кроме выше перечисленных иные варианты заданий.

Например:

<u>Задания на установление правильной последовательности</u>	№ Укажите последовательность изучения опасностей? а) Ввести ограничения на анализ, т.е. исключить опасности, которые не будут изучаться б) Провести анализ последствий в) Определить части системы, которые могут вызвать эти опасности г) Выявить последовательность опасных ситуаций, построить дерево событий и опасностей д) Выявить источники опасности
<u>Задания на установление соответствия</u>	№ Какие определения соответствуют указанным ниже понятиям? 1) Безопасность 2) Опасность 3) Приемлемый риск а) Это условия, в которых находится сложная система, когда действие внешних и внутренних факторов не влечет

	<p>отрицательных действий по отношению к данной системе в соответствии с существующими потребностями и представлениями</p> <p>б) Это негативное свойство живой и неживой материи, способное причинять ущерб самой материи: людям, природной среде, материальным ценностям</p> <p>в) Это такая частота реализации опасностей, которая не влияет на экономические показатели предприятия, отрасли экономики или государства</p> <p>г) Это наука о комфортном и травмобезопасном взаимодействии человека со средой обитания</p> <p>д) Это совокупность факторов среды обитания, воздействующих на человека</p> <p>а) Это условия, в которых находится сложная система, когда действие внешних и внутренних факторов не влечет отрицательных действий по отношению к данной системе в соответствии с существующими потребностями и представлениями (1)</p> <p>б) Это негативное свойство живой и неживой материи, способное причинять ущерб самой материи: людям, природной среде, материальным ценностям (2)</p> <p>в) Это такая частота реализации опасностей, которая не влияет на экономические показатели предприятия, отрасли экономики или государства (3)</p> <p>г) Это наука о комфортном и травмобезопасном взаимодействии человека со средой обитания</p> <p>д) Это совокупность факторов среды обитания, воздействующих на человека</p>
<p>Задания открытой формы</p>	<p>№..... Химические вещества, предназначенные для борьбы с грибами – возбудителями болезней, разрушающих древесные конструкции и повреждающих хранящиеся материальные ценности это...?</p>

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Оценка тестовых заданий осуществляется по 100 - балльной системе. Стоимость правильного ответа по каждому тесту соответствует количеству тестов в задании, которых должно быть не менее 20. При этом количество вопросов должно исключить дробное оценивание (30, 40 и т.д. вопросов)

- 20 вопросов – 5 баллов за правильный ответ
- 25 вопросов – 4 балла за правильный ответ
- 50 вопросов – 2 балла за правильный ответ

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания

При проведении оценки результатов обучения с помощью тестовых заданий компьютерное тестирование предпочтительно.

Для объективной оценки знания материала после каждого занятия компьютер на основе теории случайных чисел должен менять номера вариантов и перечень вопросов в каждом варианте.

При бланковом тестировании необходимо для каждой группы ординаторов подготавливать новые комплекты тестовых заданий с иным перечнем вопросов, что трудоемко и не всегда выполнимо.

Для прочтения вопроса, его осмысления и подбора правильного ответа выделяется время – не более 30 секунд на вопрос.

2.3. Ситуационные задачи

Ситуационная задача – это вид учебного задания, имитирующий ситуации, которые могут возникнуть в реальной действительности.

Основными действиями обучающихся по работе с ситуационной задачей являются:

- подготовка к занятию;
- знакомство с критериями оценки ситуационной задачи;
- уяснение сути задания и выяснение алгоритма решения ситуационной задачи;
- разработка вариантов для принятия решения, выбор критериев решения, оценка и прогноз перебираемых вариантов;
- презентация решения ситуационной задачи (как правило, в устной форме);
- получение оценки и ее осмысление.

2.3.1 Содержание

При составлении ситуационных задач кафедра ориентируется на все возможные типы ситуаций, в которых необходимо принять решение о действии:

1. Ситуация выбора (классическая ситуация реакции выбора, т.е. во всех этих ситуациях человек должен осуществить выбор (селекцию) сигналов, классифицировать их)

Например:

Условия:

На сортировочную площадку медицинского отряда из очага массовых санитарных потерь поступил гражданин С. (жалобы, объективные данные)

Задание:

1. Провести выборочную сортировку (определить очередность оказания медицинской помощи, функциональное подразделение, куда необходимо направить пострадавшего)
2. Провести эвакотранспортную сортировку (определение очередности эвакуации, метода эвакуации и эвакуационное направление)

2. Сложная ситуация (ситуации, в которых человек должен одновременно учитывать сведения, получаемые более чем от одного источника информации, либо выполнять более чем одно действие)

Например:

Условия:

На сортировочную площадку медицинского отряда из очага массовых санитарных потерь поступило 10 пораженных:

1. Гражданин С. (жалобы, объективные данные)
- 2.....
- .
10.

Задание:

1. Провести внутривопунктовую сортировку (определить: предварительный диагноз, тяжесть поражения, тактику поведения с этим пораженным, прогноз)
2. Заполнить первичную медицинскую карточку Ф.100

3. Вероятностные ситуации (возникают в тех случаях, когда человек выполняет определенные операции при недостаточном объеме имеющейся в его распоряжении информации)
Например:

Условия:

Дан населенный пункт (площадь населенного пункта, количество жителей, количество работающего населения, распределение неработающего и работающего населения на три группы: находящиеся в убежищах, находящиеся в простейших укрытиях, незащищенные). В результате возможного нападения противника дана площадь полных и сильных разрушений.

Задание:

С использованием коэффициента разрушения «Д» рассчитать возможные санитарные потери работающего и неработающего населения

2.3.2 Критерии и шкала оценок

При оценке работы обучающихся по решению ситуационных задач решение может оцениваться по логической составляющей (задачи 1 и 2 типа) или по логической и математической составляющей (задачи 3 типа).

В первом случае оценивается полнота и правильность ответа, умения выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи, знание об объекте, понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей.

Во втором случае к вышеперечисленному добавляется математическая составляющая.

Оценка осуществляется по 100-балльной системе.

- При отсутствии логической и математической ошибок, правильном принятии решения – «отлично» (86-100 баллов)
- При незначительных математических ошибках, но при полном, развернутом ответе на поставленный задание, при котором прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий – «хорошо» (75-85 баллов)
- При логической ошибке, которая не привела к гибели пострадавшего, незначительных математических просчетах, допущении ошибок в раскрытии понятий, употреблении терминов, нарушении логики и последовательности изложения, отсутствии правильных выводов – «удовлетворительно» (56-74 балла)
- При грубых логических ошибках, которые привели к невыполнению задания – «неудовлетворительно» (55 и менее баллов)

2.3.3 Методические указания по организации и процедуре оценивания

Задачи должны быть составлены таким образом, чтобы на каждую группу был свой комплект задач (кейс) с изменяемыми количественными характеристиками и заданиями.

При выставлении оценки преподаватель должен учитывать:

- полноту знания учебного материала по теме занятия;

- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

2.4. Демонстрация ординаторами владения практическими навыками по итогам изучения

2.5.1 Содержание

Обучающиеся в процессе обучения должны овладеть практическими навыками, приведенными в рабочей программе. При демонстрации владения этими навыками учитывается правильность выполнения, четкость, уверенность, очередность проведения мероприятий, а при выполнении навыков, связанных с риском для жизни «пострадавшего» (проведение сердечно-легочной реанимации, временная остановка наружного артериального кровотечения всеми доступными способами и т.п.) – время выполнения.

2.5.2 Критерии и шкала оценки

Для объективной оценки работы обучающегося используются чек-листы, позволяющие быстро и правильно оценить действие студента.

Например:

Чек-лист практического навыка «Базовая сердечно-легочная реанимация»

Ф.И.О. ординатора _____ Группа _____ Дата _____

№	Действие	1*	0.5**	0***
1	<p>Оценка ситуации</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценить безопасность условий оказания помощи (наличие электротока, работающий двигатель автомобиля, опасность взрыва или возгорания, «дорожная» опасность, агрессия со стороны окружающих и т.д.) и по возможности ликвидация опасных факторов или удаление от них; • Оценить анамнез (опрос окружающих) 	5.0	2.5	0
2	<p>Диагностика остановки сердца (10 секунд)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценить наличие сознания (задать вопрос); • Оценить наличие дыхания («вижу», «слышу», «ощущаю»); • Определить пульс на наружной сонной артерии или бедренной артерии 	10.0	5.0	0
3	<p>Обеспечение помощи и поддержки</p> <ul style="list-style-type: none"> • Вызвать бригаду СМП (МЧС) (набран номер телефона правильно, сообщены возможные причины происшествия, состояние пострадавшего (пациента), место происшествия, фамилия и имя вызывающего; 	5.0	2.5	0

	<ul style="list-style-type: none"> По возможности – привлечение к оказанию помощи свидетелей (окружающих) 			
4	<p>Подготовка к проведению реанимационных мероприятий</p> <ul style="list-style-type: none"> Уложить пострадавшего (пациента) на спину, на твердую поверхность; Расстегнуть одежду, ремень; По возможности – приподнять ноги реанимируемому 	5.0	2.5	0
5	<p>Последовательность реанимационных мероприятий</p> <ul style="list-style-type: none"> Комплекс «массаж-ИВЛ» 30:2; Без определения пульса проведение 5 комплексов (2 минуты) Определение пульса (10 секунд) 	20.0	10.0	0
6	<p>Оценка качества закрытого массажа сердца</p> <ul style="list-style-type: none"> Частота компрессий не менее 100 и не более 120 в минуту; Глубина компрессий – не менее 5 см и не более 6 см; Точка нажатия: строго по срединной линии в средней трети грудины (или на границе средней и нижней трети грудины); Руки выпрямлены, строго перпендикулярно поверхности грудной клетки реанимируемого; Техника манипуляции: не терять контакт между руками и грудной клеткой реанимируемого, давать грудной клетке полностью расправляться, время компрессии и декомпрессии одинаково 	30.0	15.0	0
7	<p>Оценка качества искусственной вентиляции легких</p> <ul style="list-style-type: none"> По возможности очистка верхних дыхательных путей (удаление инородных тел, рвотных масс, сгустков крови и т.д.); Выпрямление дыхательных путей (при отсутствии противопоказаний); Герметизация верхних дыхательных путей; Продолжительность вентиляции – 1 секунда; По возможности – контроль экскурсии грудной клетки реанимируемого; Общая продолжительность 2-х вентиляций не более 5 секунд 	20.0	10.0	0
8	<p>Контроль эффективности реанимационных мероприятий</p> <ul style="list-style-type: none"> Оценка пульса на наружной сонной или бедренной артерии; При появлении пульса – оценка ритма сердца, контроль артериального давления; Организация перевода в отделение 	5.0	2.5	0

	реанимации; <ul style="list-style-type: none"> • Своевременное прекращение реанимационных мероприятий при их безуспешности (осуществляется через 30 минут от начала последнего эпизода остановки сердца если их было несколько) 			
	Итого			

* выполнил полностью; ** выполнил не полностью (с ошибками); *** не выполнил

2.5.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания

В отличие от других видов оценочных средств практические навыки должны выполняться ординаторами до получения удовлетворительного результата.

Для оценки действия обучающегося в качестве арбитров целесообразно кроме преподавателя привлекать других обучающихся из этой группы, выполнивших данное мероприятие на «отлично»

3. Критерии сдачи ординаторами промежуточной аттестации по дисциплине «Медицина чрезвычайных ситуаций»

Промежуточная аттестация ординатора проводится после освоения дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций» в полном объеме в последний день занятия в форме зачета.

Зачет включает два раздела: тестовый контроль и практическую часть (решение ситуационных задач, оценка навыков оказания первой помощи, организация работы сортировочной бригады и проведение медицинской сортировки, организация эвакуации пострадавших). К зачету допускаются обучающиеся, не имеющие пропусков занятий и освоившие учебный материал всех тем занятий..

Варианты компьютерного тестирования включают в себя задание из 50 вопросов, на которые необходимо ответить в течение 30 минут. Для объективной оценки знания материала после каждой группы компьютер на основе теории случайных чисел меняет номера вариантов и перечень вопросов в каждом варианте. Оценка проводится по 100-балльной шкале. За каждый правильный ответ ординатор получает 2 балла.

Практические навыки оцениваются по чек-листам с учетом четкости, уверенности и времени выполнения.

При оценке работы ординатора по решению ситуационных задач оценивается полнота и правильность ответа, умения выделить существенные и несущественные признаки, определить причинно-следственные связи.

Оценка осуществляется по 100-балльной системе.

- При отсутствии логической и математической ошибок, правильном принятии решения – «отлично» (86-100 баллов)
- При незначительных математических ошибках, но при полном, развернутом ответе на поставленный задание, при котором прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий – «хорошо» (75-85 баллов)
- При логической ошибке, которая не привела к гибели пострадавшего, незначительных математических просчетах, допущении ошибок в раскрытии понятий, употреблении терминов, нарушении логики и последовательности изложения, отсутствии правильных выводов – «удовлетворительно» (56-74 балла)

- При грубых логических ошибках, которые привели к невыполнению задания – «неудовлетворительно» (55 и менее баллов)

Оценка рубежного контроля является средней арифметической оценок по каждому разделу зачета. При итоговой оценке 56 баллов и более ординатору выставляется «зачтено». При неудовлетворительной оценке по любому из двух разделов зачета результаты не засчитываются и ординатор должен пересдать зачет в соответствующие дни, определенные деканатом.

ТЕСТЫ

для промежуточной аттестации ординаторов по дисциплине «Медицина чрезвычайных ситуаций»

1. (УК-3, ПК-3) К безвозвратным потерям не относятся:
 - А. Умершие в лечебных учреждениях
 - Б. Погибшие в момент возникновения ЧС
 - В. Умершие до поступления на первый этап медицинской эвакуации
 - Г. Пропавшие без вести
 - Д. Попавшие в плен
2. (УК-3, ПК-3) Какой поражающий фактор в чрезвычайных ситуациях не выделяется?
 - А. Термический
 - Б. Механический
 - В. Радиационный
 - Г. Химический
 - Д. Инфекционный
3. (УК-3, ПК-12) Какого специалиста нет в поисково-спасательном отряде Ивановской области?
 - А. Кинолога
 - Б. Взрывотехника
 - В. Врача-специалиста
 - Г. Спасателя
 - Д. Психолога
4. (УК-3, ПК-12) ПМГ «Защита» может оказать квалифицированную помощь и провести медицинскую сортировку в сутки:
 - А. 250 пораженным
 - Б. 400 пораженным
 - В. 100 пораженным
 - Г. 300 пораженным
 - Д. 500 пораженным
5. (УК-3, ПК-3, ПК-12) Для проведения радиационной разведки используется прибор:
 - А. ПХР-МВ
 - Б. ВПХР
 - В. УГ-2
 - Г. ДП-5
 - Д. ИД-1

6. (УК-2, УК-3, ПК-3) Всемирная организация здравоохранения и Международный комитет военной медицины и фармации одобрили «Правила медицинской этики для военного времени» и «Правила предоставления помощи раненым и больным в вооружённых конфликтах» в:
- А. 1956 г.
 - Б. 1980 г.
 - В. 1957 г.
 - Г. 1961 г.
 - Д. 1977 г.
7. (УК-3, ПК-3) Авиационное событие, не повлекшее за собой гибель членов экипажа и пассажиров, однако приведшее к полному разрушению или тяжелому повреждению воздушного судна называется:
- А. Катастрофой
 - Б. Аварией
 - В. Происшествием
 - Г. Поломкой
 - Д. Чрезвычайной ситуацией
8. (УК-3, ПК-3) Соотношение численности погибших и раненых при автомобильных происшествиях и авариях составляет:
- А. 1:7
 - Б. 1:8
 - В. 1:15
 - Г. 1:10
 - Д. 1:5
9. (УК-3, ПК-3) Какая форма заболевания при радиационных авариях развивается от кратковременного крайне неравномерного воздействия гамма - излучения
- А. Хроническая лучевая болезнь
 - Б. Радиационный ожог кожи
 - В. Гипоплазия щитовидной железы
 - Г. Острая лучевая болезнь
 - Д. Алопеция
10. (УК-3, ПК-7) Ферроцин это:
- А. Антидот при поражении ФОВ
 - Б. Адсорбент при попадании в желудок РВ
 - В. Радиозащитное средств
 - Г. Противорвотное
 - Д. Сердечно-сосудистое средство
11. (УК-3, ПК-3) У аварийно-опасных химических веществ выделяют по степени опасности:
- А. 6 классов
 - Б. 4 класса
 - В. 3 класса
 - Г. 5 классов
 - Д. 2 класса

12. (УК-3, ПК-3) Вещества обладающие высокой токсичностью и способные при определенных условиях вызывать массовые отравления людей и животных, а также загрязнять окружающую среду называется:
- А. Боевые отравляющие вещества
 - Б. Сильно действующие ядовитые вещества
 - В. Аварийно опасные химические вещества
 - Г. Ядовитые вещества
 - Д. Агрессивные химические вещества
13. (УК-3, ПК-7, ПК-12) Для защиты от отравления угарным газом используют:
- А. Гопкалитовый патрон
 - Б. Регенерирующий патрон
 - В. Респиратор РУ-60
 - Г. Респиратор РПГ-67А
 - Д. Ватно-марлевая повязка, смоченная 2%-ным раствором питьевой соды
14. (УК-3, ПК-3) Какого вида инструктажа нет?
- А. Первичный
 - Б. Внеплановый
 - В. Целевой
 - Г. Вводный
 - Д. Заключительный
15. (УК-2, УК-3, ПК-3) Методические рекомендации по разработке государственных нормативных требований охраны труда введены Министерством труда России в:
- А. 2008 г.
 - Б. 2002 г.
 - В. 1998 г.
 - Г. 1996 г.
 - Д. 2006 г
16. (УК-2, УК-3, ПК-3) Нормативный акт, устанавливающий требования по охране труда при выполнении работ в производственных помещениях, на территории предприятия, на строительных площадках и в иных местах, где производятся эти работы или выполняются служебные обязанности называется:
- А. Правила по охране труда
 - Б. Методические указания по охране труда
 - В. Инструкция по технике безопасности
 - Г. Методические указания по технике безопасности
 - Д. Инструкция по охране труда
17. (УК-2, УК-3, ПК-3) Для проведения внепланового инструктажа необходим перерыв в работе на объектах с повышенными требованиями безопасности труда в:
- А. 30 суток
 - Б. 45 суток
 - В. 20 суток
 - Г. 14 суток
 - Д. 60 суток
18. (УК-2, УК-3, ПК-3) Обязанности работника по соблюдению правил охраны труда изложены в Трудовом кодексе, в статье:
- А. 196

- Б. 214
- В. 76
- Г. 212
- Д. 192

19. (УК-2, УК-3, ПК-12) Больных с легкой черепно-мозговой травмой следует госпитализировать для наблюдения на срок:

- А. 5-6 суток
- Б. 2-3 суток
- В. 7-10 суток
- Г. 10-14 суток
- Д. Госпитализации не подлежат

20. (УК-2, УК-3, ПК-3) Состояние защищённости жизненно важных интересов личности и общества от аварий на опасных производственных объектах и последствий указанных аварий называется:

- А. Производственная безопасность
- Б. безопасность жизнедеятельности
- В. Промышленная безопасность
- Г. Гигиена труда
- Д. Техника безопасности

21. (УК-3, ПК-3) К основным признакам повреждения бедра не относится:

- А. Боль в бедре или суставах, которая резко усиливается при движениях
- Б. Движения в суставах невозможны или значительно ограничены
- В. При переломах бедра изменена его форма и определяется ненормальная подвижность в месте перелома, бедро укорочено
- Г. Движения в суставах невозможны;
- Д. Судороги мышц бедра

22. (УК-2, УК-3, ПК-7, ПК-12) При поражении соединениями тяжелых металлов и мышьяка в качестве антидота используется:

- А. Уголь активированный
- Б. Атропина сульфат
- В. Натрия гидрокарбонат
- Г. Этиловый спирт
- Д. Унитиол

23. (УК-3, ПК-3) При падении людей на улице чаще всего случаются:

- А. Черепно-мозговые травмы
- Б. Переломы конечностей
- В. Ушибы мягких тканей
- Г. Торакоабдоминальные повреждения

24. (УК-3, ПК-3) Пути поступления, выведения и распространения яда, связанные с кровоснабжением органов и тканей называются:

- А. Пространственный фактор
- Б. Проникающий фактор
- В. Поражающий фактор
- Г. Концентрационный фактор
- Д. Барьерный фактор

25. (УК-3, ПК-3) Перкутанный путь поступления яда в организм – поступление через

- А. Кожу
- Б. Рот
- В. Дыхательные пути
- Г. При инъекциях
- Д. При укусах

26. (УК-3, ПК-3) В общем количестве отравления бытовые составляют:

- А. Более 50%
- Б. Более 75%
- В. Менее 40%
- Г. Более 40%
- Д. Более 90%

27. (УК-3, ПК-3) Какую группу химических веществ (органические и неорганические) в зависимости от их практического использования не выделяют?

- А. Промышленные яды
- Б. Ядохимикаты
- В. Бытовые химикаты
- Г. Психотропные
- Д. Биологические растительные и животные яды

28. (УК-3, ПК-3) К наиболее существенным негативным факторам бытовой среды относится:

- А. Хлорсодержащие препараты
- Б. Просроченные продукты питания
- В. Озон
- Г. Соединения фтора
- Д. Тяжелые металлы

29. (УК-3, ПК-3) Прессованные плиты, применяемые в конструкциях настила полов, панелей, столов, шкафов и другой мебели выделяют:

- А. Кадмий
- Б. Формальдегид
- В. Мышьяк
- Г. Летучие органические соединения
- Д. Диоксид серы

30. (УК-3, ПК-3) Производственный фактор, воздействие которого на работающего в определенных условиях приводит к травме или другому резкому ухудшению здоровья называется:

- А. Вредным
- Б. Негативным
- В. Опасным
- Г. Отрицательным
- Д. Чрезвычайным

31. (УК-3, ПК-3) По происхождению опасности выделяют:

- А. 6 групп
- Б. 5 групп
- В. 8 групп
- Г. 10 групп

Д. 4 группы

32. (УК-3, ПК-3) По характеру воздействия на человека опасности не выделяют:

- А. Механические
- Б. Физические
- В. Химические
- Г. Биологические
- Д. Социальные

33. (УК-3, ПК-3) Какой сферы проявления опасностей нет

- А. бытовая
- Б. Спортивная
- В. Инфекционная
- Г. Дорожно-транспортная
- Д. Производственная

34. (УК-3, ПК-12) При ликвидации аварии в особых условиях, когда ЧС отличаются особой спецификой, а их ликвидация связана с работой в труднодоступной местности, в условиях, сопряженных с повышенным риском для жизни спасателей используется:

- А. Центроспас
- Б. Центр специального назначения
- В. Войска гражданской обороны
- Г. Поисково-спасательные службы
- Д. Сводный мобильный отряд

35. (УК-3, ПК-12) В РСЧС выделяют:

- А. Силы и средства обнаружения
- Б. Силы и средства оповещения
- В. Силы и средства наблюдения и контроля
- Г. Силы и средства эвакуации
- Д. Силы и средства защиты

36. (УК-3, ПК-12) В составе сил и средств МЧС России нет:

- А. Центра специального назначения
- Б. Сводных мобильных отрядов
- В. Поисково-спасательных служб
- Г. Многопрофильных больниц
- Д. Авиации МЧС

37. (УК-3, ПК-3) К опасным и вредным факторам по природе действия не относятся:

- А. Физические
- Б. Эмоциональные
- В. Биологические
- Г. Химические
- Д. Психофизические

38. (УК-3, ПК-3) К физическим негативным факторам относится:

- А. Химическое загрязнение почвы
- Б. Психо-эмоциональное напряжение при выполнении работы
- В. Аварии на очистных сооружениях
- Г. Неустойчивые конструкции и природные образования

Д. Лекарственные средства, применяемые не по назначению

39. (УК-3, ПК-3) В результате разрушения и разгерметизации систем повышенного давления на человека не действует следующий поражающий фактор:

- А. Загрязнение окружающей среды радиоактивными веществами
- Б. Возгорание зданий, различных материалов и т.п.
- В. Ударная волна
- Г. Загрязнение
- Д. Монотонность и однообразие труда

40. (УК-3, ПК-3) При воздействии на человека переменного тока силой 20-25 мА возможно:

- А. Судороги в руках
- Б. Фибрилляция сердца
- В. Паралич дыхания. Начинаются трепетать желудочки сердца
- Г. Пальцы рук дрожат (сильно)
- Д. Руки парализуются немедленно, оторвать их от электродов не возможно, очень сильные боли

41. (УК-3, ПК-3) При дозе излучения равной 100-200 Р у человека развивается острая лучевая болезнь

- А. Средней степени тяжести
- Б. Тяжелой степени тяжести
- В. Легкой степени тяжести
- Г. Крайне тяжелой степени тяжести
- Д. Острая лучевая болезнь не развивается

42. (УК-3, ПК-3) Травмы, полученные пострадавшими вне производственной деятельности, на улицах, в открытых общественных местах, в поле, в лесу, независимо от вызвавших причин относятся к:

- А. Уличному травматизму
- Б. Производственному травматизму
- В. Непроизводственному травматизму
- Г. Дорожному травматизму
- Д. Пешеходному травматизму

43. (УК-3, ПК-3) Какой вид наказания не предусматривает уголовная ответственность за нарушение требований охраны труда?

- А. Увольнение по соответствующим основаниям
- Б. Штраф
- В. Лишение права занимать определённые должности и заниматься определённой деятельностью
- Г. Лишение свободы на определённый срок
- Д. Исправительные работы

44. (УК-3, ПК-3) Правила аттестации рабочих мест отражены в следующем документе

- А. Постановление Правительства РФ
- Б. Указом Президента
- В. Ведомственным документом – приказом Министерства здравоохранения и социального развития
- Г. Ведомственным документом - постановление Минтруда РФ
- Д. Федеральным законом

45. (УК-3, ПК-12) При групповом несчастном случае, тяжёлом несчастном случае, несчастном случае со смертельным исходом работодатель (его представитель) не направляет сообщение в:
- А. Прокуратуру по месту происшествия несчастного случая
 - Б. Департамент здравоохранения субъекта Российской Федерации
 - В. Страховщику по вопросам обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний
 - Г. Территориальные объединения организации профсоюзов
 - Д. Государственную инспекцию труда
46. (УК-3, ПК-3) По техническим последствиям выделяют следующий тип радиационных аварий:
- А. Объектовая авария
 - Б. Проектная авария
 - В. Локальная авария
 - Г. Региональная авария
 - Д. Отсроченная авария
47. (УК-3, ПК-3) Какую группу ОВ не выделяют по клиническим признакам интоксикации и механизму действия (клинико-физиологическая или токсикологическая классификация) среди АОВВ:
- А. Вещества с преимущественно удушающим действием
 - Б. Вещества преимущественно общедовитого действия
 - В. Вещества преимущественно нефротоксического действия
 - Г. Вещества нервно-паралитического действия
 - Д. Метаболические яды
48. (УК-3, ПК-3) Территория, на которую распространилось токсичное вещество во время химической аварии называется:
- А. Зона поражения
 - Б. Опасная зона
 - В. Зона загрязнения
 - Г. Химически опасная зона
 - Д. Зона химического поражения
49. (УК-2, УК-3, ПК-12) После купированных симптомов первичной реакции могут быть оставлены на амбулаторном лечении пораженные, получившие облучение в дозе:
- А. До 0.5 Гр
 - Б. До 1 Гр
 - В. До 2 Гр
 - Г. До 3 Гр
 - Д. До 4 Гр
50. (УК-3, ПК-3) При дорожно-транспортных происшествиях большинство травм это:
- А. Переломы костей нижних конечностей
 - Б. Сочетанные черепно-мозговые травмы
 - В. Торакальные повреждения
 - Г. Травмы живота и таза
 - Д. Переломы костей верхних конечностей

Вопросы к собеседованию на промежуточную аттестацию

1. Классификация чрезвычайных ситуаций по источнику, по масштабу распространения. Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций (УК-3, ПК-3)
2. Поражающие факторы чрезвычайных ситуаций. Структура санитарных потерь. Классификация санитарных потерь по тяжести, локализации поражения, по поражающим факторам (УК-3, ПК-3)
3. Силы и средства РСЧС. Их краткая характеристика. Задачи сил и средств РСЧС (УК-3, ПК-12)
4. Силы и средства наблюдения и контроля. Их краткая характеристика. Силы и средства ликвидации ЧС. Их краткая характеристика (УК-3, ПК-12)
5. Центроспас. Его краткая характеристика. Основные задачи Минздрава России в сфере ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций (УК-3, ПК-12)
6. ППС России. Их краткая характеристика. Поисково-спасательный отряд Ивановской области. Его краткая характеристика и возможности (УК-3, ПК-12)
7. Классификации ядов по принципу их действия. Классификация ядов в зависимости от пути поступления в организм. Этиология острых отравлений (УК-3, ПК-3)
8. Патогенез отравления. Токсикогенный эффект. Его характеристика (ПК-3, ПК-12). Факторы, влияющие на распределение яда в организме. Их краткая характеристика (УК-3, ПК-3)
9. Черепно-мозговая травма. Ее краткая характеристика. Классификация ЧМТ по тяжести поражения (УК-3, ПК-3)
10. Что такое «Охрана труда»? Какие элементы входят в понятие «Охрана труда»? Организация охраны труда в России. Требования, предъявляемые к охране труда (УК-3, ПК-3)
11. Виды инструкций и их содержание. Организация работы с персоналом по охране труда (УК-3, ПК-3)
12. Организация аттестации рабочих мест по охране труда. Виды инструктажа по технике безопасности (УК-3, ПК-3)
13. Что такое «несчастные случаи на производстве»? Их виды. Производственный травматизм и его профилактика (УК-3, ПК-3)
14. Классификация АОХВ по физическим признакам и по степени опасности (УК-3, ПК-3)
15. Характеристика классов опасности аварийно-опасных химических веществ. Классификация химических аварий по отдельным признакам. Виды очага химического поражения (УК-3, ПК-3)
16. Факторы радиационного воздействия на население. Классы радиационных аварий. Временные фазы радиационных аварий (УК-3, ПК-3)
17. Характеристика чрезвычайных ситуаций взрыво- и пожароопасного характера (УК-3, ПК-3)
18. Основы организации медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий землетрясений (УК-3, ПК-12)
19. Основы организации медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий наводнения (УК-3, ПК-12)
20. Основы организации медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий лесных и торфяных пожаров (УК-3, ПК-12)
21. Основы организации медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий природных катастроф (УК-3, ПК-12)
22. Определение «терроризм». «Террористическая деятельность», «Международная террористическая деятельность», «Террористическая акция», «Террорист»,

- «Террористическая группа», «Террористическая организация», «Борьба с терроризмом», «Контртеррористическая операция», Зона проведения контртеррористической операции». Классификация проявлений терроризма. Характеристика террористических актов (УК-3)
23. Признаки применения террористами ОХВ (ОВ). Мероприятия по ликвидации медико - санитарных последствий террористических актов с применением ОВ (УК-3, ПК-3)
 24. Характеристика террористических актов с применением РВ и БС (УК-3, ПК-3)
 25. Медицинские силы и средства ГО, предназначенные для обеспечения населения в вооруженных конфликтах. (УК-3, ПК-12)
 26. Принципы использования медицинских сил и средств ВСМК и ГО в вооруженных конфликтах. Медицинские мероприятия при обеспечении пострадавшего населения. (УК-3, ПК-12)
 27. Правовая основа соблюдения прав и обязанностей медицинского персонала в вооружённых конфликтах. Обязанности медицинского персонала в вооруженных конфликтах. Права медицинского персонала в вооруженных конфликтах. (УК-2, УК-3, ПК-12)
 28. Характеристика транспортных и дорожно-транспортных чрезвычайных ситуаций. Какие виды ДТП есть? Какую категорию пострадавших надо отнести к погибшим в ДТП и раненым в ДТП? Травматогенез пострадавших при ДТП (УК-3, ПК-3)
 29. Основные причины смерти при ДТП. Ответственность за неоказание необходимой медицинской помощи. Три этапа оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП (УК-3, ПК-3)
 30. Организация обеспечения безопасности на месте ДТП. Способы извлечения пострадавшего из транспортного средства. Определение состояния пострадавшего (УК-3, ПК-12)

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ для промежуточной аттестации

1. Оценить уровень загрязнения местности радиоактивными веществами с использованием рентгенометра-радиометра ДП-5 (УК-3, ПК-7)
2. Провести диагностику острой лучевой болезни по показаниям индивидуального дозиметра ИД-1 (УК-3, ПК-7)
3. Провести расчет санитарных потерь при применении противником обычных средств поражения и высокоточного оружия по коэффициенту разрушения «Д» (УК-3, ПК-7)
4. Провести частичную дегазацию с использованием индивидуального противохимического пакета (УК-3, ПК-7)
5. Заполнить документ учетной документации (первичная медицинская карточка Ф.100) (УК-3, ПК-7)
6. Извлечь пораженных из-под завалов с помощью лямки медицинской и лямки медицинской специальной Ш-4, в т.ч. и при наличии синдрома длительного сдавления (УК-3, ПК-7)
7. Извлечь пострадавшего из поврежденной машины при ДТП. (УК-3, ПК-7)
8. Придать пострадавшему стабильное положение (УК-3, ПК-7)
9. Оценить тяжесть ЧМТ по шкале комы Глазго (УК-3, ПК-7)

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт последипломного образования**

**Приложение 1
к рабочей программе дисциплины**

**Оценочные средства и методические материалы для проведения промежуточной
аттестации по дисциплине
«Общественное здоровье и здравоохранение»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Квалификация выпускника: врач – невролог

Направление подготовки: 31.08.42 Неврология

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.Б.3

1. Паспорт ОС по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
<i>УК-2</i>	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	1 год обучения
<i>УК-3</i>	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	1 год обучения
<i>ПК-1</i>	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1 год обучения
<i>ПК-4</i>	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	1 год обучения
<i>ПК-5</i>	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1 год обучения
<i>ПК-10</i>	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1 год обучения
<i>ПК-11</i>	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	1 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-2	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные принципы управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - осуществлять профессиональную деятельность в соответствии с актуальными положениями законов Российской Федерации, подзаконных нормативных актов, нормативно-методической литературы, регулирующих правоотношения в сфере охраны здоровья и оказание медицинской помощи по специальности 	<p><i>Комплекты:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. тестовых заданий 2. практик ориентированных задач 	<p><i>Зачет</i></p> <p>1 или 2 семестры (в соответствии и с годовым расписанием)</p>
2.	УК-3	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные тенденции в состоянии здоровья населения России, факторы, определяющие общественное здоровье, концепцию факторов риска; - основные социально-гигиенические методики сбора и анализа информации о показателях общественного здоровья ; - группы показателей общественного здоровья, используемые при проведении медико-статистического анализа; - систему и основные принципы организации здравоохранения; - основные принципы управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях; - современную систему контроля качества медицинской помощи, функции врача-специалиста в обеспечении и оценке качества медицинской помощи в сфере внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализировать основные тенденции в состоянии здоровья населения России, факторы, определяющие общественное здоровье, применять концепцию факторов риска здоровья в практической деятельности; - рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять тенденции и структуру; проводить анализ тенденций первичной заболеваемости и распространенности заболеваний с целью понимания роли различных факторов; - использовать учетные и отчетные формы медицинской документации для проведения медико-статистического анализа и контроля качества медицинской помощи; - применять в практической деятельности основные принципы охраны здоровья и работать в современной системе организации здравоохранения, грамотно применять порядки медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации по специальности; 	<p><i>Комплекты:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. тестовых заданий 2. практик ориентированных задач 	<p><i>Зачет</i></p> <p>1 или 2 семестры (в соответствии и с годовым расписанием)</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - осуществлять профессиональную деятельность в соответствии с актуальными положениями законов Российской Федерации, подзаконных нормативных актов, нормативно-методической литературы, регулирующих правоотношения в сфере охраны здоровья и оказание медицинской помощи по специальности; - применять критерии качества медицинской помощи и использовать их в своей практической деятельности; участвовать в оценке качества медицинской помощи; <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методиками расчета и анализа основных показателей общественного здоровья; - методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности; - анализом особенностей организации медицинской помощи с учетом специальности; - современными критериями оценки качества медицинской помощи 		
3.	<i>ПК-1</i>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные принципы формирования здорового образа жизни <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - выявлять вредные факторы, влияющие на здоровье человека 		
4.	<i>ПК-4</i>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные социально-гигиенические методики сбора и анализа информации о показателях общественного здоровья; - группы показателей общественного здоровья, используемые при проведении медико-статистического анализа <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализировать основные тенденции в состоянии здоровья населения России, факторы, определяющие общественное здоровье; - рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять тенденции и структуру; проводить анализ тенденций первичной заболеваемости и распространенности заболеваний с целью понимания роли различных факторов; - использовать учетные и отчетные формы медицинской документации для проведения медико-статистического анализа и контроля качества медицинской помощи <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методиками расчета и анализа основных показателей общественного здоровья; - методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности. 		
5.	<i>ПК-5</i>	<p>Знает: структуру Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>		
6.	<i>ПК-10</i>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - систему и основные принципы организации здравоохранения; - основные принципы управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях 		

		<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - применять в практической деятельности основные принципы охраны здоровья и работать в современной системе организации здравоохранения, грамотно применять порядки медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации по специальности; - осуществлять профессиональную деятельность в соответствии с актуальными положениями законов Российской Федерации, подзаконных нормативных актов, нормативно-методической литературы, регулирующих правоотношения в сфере охраны здоровья и оказание медицинской помощи по специальности <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализом особенностей организации медицинской помощи с учетом специальности 		
7.	ПК-11	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - современную систему контроля качества медицинской помощи, функции врача-специалиста в обеспечении и оценке качества медицинской помощи в сфере внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - использовать учетные и отчетные формы медицинской документации для проведения медико-статистического анализа и контроля качества медицинской помощи; - применять в практической деятельности основные принципы охраны здоровья и работать в современной системе организации здравоохранения, грамотно применять порядки медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации по специальности; - осуществлять профессиональную деятельность в соответствии с актуальными положениями законов Российской Федерации, подзаконных нормативных актов, нормативно-методической литературы, регулирующих правоотношения в сфере охраны здоровья и оказание медицинской помощи по специальности; - применять критерии качества медицинской помощи и использовать их в своей практической деятельности; участвовать в оценке качества медицинской помощи <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - современными методиками оценки качества медицинской помощи 		

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание

Вариант тестовых заданий с инструкцией по выполнению для ординаторов, эталонами ответов и оценочными рубриками для каждого задания:

Блок 1. Общественное здоровье (УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-4)

Выберите один правильный ответ

Основными группами показателей общественного здоровья являются:

1. только показатели заболеваемости и инвалидности;

2. только демографические показатели;
3. только демографические показатели, показатели заболеваемости и инвалидности;
4. демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности и физического развития;
5. демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности, физического развития, обращаемости за медицинской помощью.

Основными источниками информации о здоровье населения являются:

1. официальные статистические материалы о смертности и рождаемости;
2. данные страховых компаний;
3. данные анонимного опроса населения;
4. данные мониторинга посещений населением медицинских организаций по поводу заболеваний и травм;
5. все вышеперечисленное.

Показатель общей заболеваемости характеризует:

1. удельный вес того или иного заболевания среди населения;
2. степень изменения уровня заболеваемости во времени;
3. исчерпанная заболеваемость населения;
4. распространенность заболеваний среди населения;
5. распространенность социально значимых заболеваний.

Убедительность рекомендаций о целесообразности использования медицинских технологий относится к категории А, если они подтверждены результатами:

1. крупных рандомизированных исследований с однозначными результатами и минимальной вероятностью ошибки;
2. небольших рандомизированных исследований с противоречивыми результатами и средней вероятностью ошибки;
3. нерандомизированных проспективных контролируемых исследований;
4. нерандомизированных ретроспективных контролируемых исследований; неконтролируемых исследований.

Основное различие между аналитическим и экспериментальным исследованием заключается в том, что в эксперименте:

1. контрольная и основная группа одинаковы по численности единиц наблюдения;
2. используется проспективное, а не ретроспективное наблюдение;
3. контрольная и основная группа подбираются методом “копи - пар”;
4. исследователь определяет, кто будет подвергаться воздействию этиологического фактора, а кто нет;
5. обязательно используется контрольная группа для сравнения.

Блок 2. Организация здравоохранения (УК-2, УК-3, ПК-10)

Выберите один правильный ответ

Порядки и стандарты оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации разрабатываются и утверждаются на уровне:

1. федеральном;
2. региональном;
3. областном;
4. муниципальном;
5. медицинской организации.

Медицинская помощь в экстренной форме оказывается безотлагательно и безвозмездно:

1. в любой медицинской организацией независимо от организационно-правовой формы;
2. только государственными учреждениями здравоохранения;
3. только медицинскими организациями, имеющими соответствующую лицензию;
4. только специализированными медицинскими организациями;
5. медицинскими организациями, оказывающими скорую медицинскую помощь.

Отказ от медицинского вмешательства в соответствии с законом:

1. может быть принят в устной форме;
2. должен быть оформлен записью врача с визой заведующего отделением;
3. должен быть оформлен записью в медицинской документации, подписан врачом и пациентом;
4. законом оформление отказа не регламентировано;
5. законом отказ от медицинского вмешательства не допускается.

Нормативным документом, определяющим правовой статус лечащего врача, является:

1. коллективный договор, заключенный между работодателем и коллективом работников медицинской организации;
2. правила внутреннего трудового распорядка медицинской организации;
3. Трудовой кодекс Российской Федерации;
4. Федеральный закон №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ";
5. Федеральный закон №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании".

Территориальная программа государственных гарантий устанавливает:

1. объем медицинской помощи в расчете на одного жителя, стоимость объема медицинской помощи с учетом условий ее оказания, подушевой норматив финансирования;
2. оценка эффективности использования государственных средств, выделенных на закупку отдельных видов медицинского оборудования;
3. порядок независимой оценки качества медицинской помощи, оказанной за счет средств ОМС;
4. оценку эффективности использования медицинского оборудования, используемого при оказании медицинских услуг в системе ОМС;
5. все вышеперечисленное.

Лица, имеющие медицинское образование, не работавшие по своей специальности более пяти лет:

1. не допускаются к осуществлению медицинской деятельности;
2. могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности после прохождения обучения по дополнительным профессиональным программам (повышение квалификации, профессиональная переподготовка);
3. могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности после прохождения обучения по дополнительным профессиональным программам (повышение квалификации, профессиональная переподготовка) и прохождения аккредитации специалиста;
4. могут осуществлять медицинскую деятельность без каких-либо дополнительных условий;
5. законодательством данная ситуация не урегулирована.

Понятие «качество медицинской помощи» включает в себя следующие характеристики:

1. только своевременность оказания медицинской помощи;
2. только правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;
3. только степень достижения запланированного результата;
4. своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата;

5. своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата, рациональное использование финансовых и материальных средств.

Целевые значения критериев доступности медицинской помощи установлены:

1. Федеральным законом №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
2. Федеральным законом №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
3. Приказом Федерального фонда ОМС;
4. Приказом Территориального фонда ОМС;
5. Территориальной программой государственных гарантий.

Какой из нижеперечисленных критериев качества медицинской помощи, установленных Программой государственных гарантий, указан ошибочно:

1. удовлетворенность населения медицинской помощью, в том числе городского и сельского населения (процентов числа опрошенных);
2. смертность населения в трудоспособном возрасте (число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения);
3. материнская смертность (на 100 тыс. человек, родившихся живыми);
4. младенческая смертность, в том числе в городской и сельской местности (на 1000 человек, родившихся живыми);
5. доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей, в том числе городских и сельских жителей.

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в следующих формах:

1. только государственный контроль;
2. только государственный и ведомственный контроль;
3. государственный, ведомственный и внутренний контроль;
4. государственный, ведомственный, внутренний и судебный контроль;
5. государственный, ведомственный, внутренний и личный контроль.

Система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности функционирует:

1. на территории Российской Федерации;
2. на территории субъекта Российской Федерации;
3. только в медицинских организациях государственной системы здравоохранения;
4. только в медицинских организациях частной системы здравоохранения;
5. в любых медицинских организациях всех форм собственности и ведомственной подчиненности.

В случае выявления нарушения при оказании медицинской помощи в ходе экспертизы качества медицинской помощи, осуществляемой экспертами страховых медицинских организаций:

1. штрафуются главный врач медицинской организации;
2. штрафуются лечащий врач, допустивший выявленные нарушения;
3. предъявляются финансовые санкции к медицинской организации;
4. экспертами страховых организаций выносится решение о привлечении к дисциплинарной ответственности главного врача;
5. экспертами страховых организаций выносится решение о привлечении к дисциплинарной ответственности лечащего врача.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. При доле правильных ответов менее 71% ординатор на следующий этап зачета не допускается.

2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Компьютерный тест проводится на заключительном занятии цикла. Имеются 2 варианта тестов по 50 вопросов. Продолжительность тестирования – 60 минут. На каждый вопрос необходимо дать один правильный ответ. Тестовый контроль считается успешно пройденным, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. В случае не сдачи зачета ординатор должен пересдать тест до достижения результата не менее 71% правильных ответов. График отработок теста вывешивается на кафедре заранее.

2.2. Оценочное средство: комплект практико-ориентированных задач.

2.2.1. Содержание

Примеры практико-ориентированных заданий для оценки практических навыков с инструкцией по выполнению для студентов и оценочными рубриками для каждого задания:

Блок 1. Общественное здоровье (ПК-1, ПК-4)

Практико-ориентированное задание № 1

При анализе заболеваемости с временной утратой трудоспособности в г. N в 2017-м году были получены следующие данные:

1. Болезни системы кровообращения	-	8,5%
2. Болезни органов дыхания	-	38,3%
3. Болезни органов пищеварения	-	6,3%
4. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	-	13,2%
5. Травмы и отравления	-	11,0%
6. Прочие	-	22,7%
Все причины	-	100,0%

К какой группе показателей относятся указанные данные? Представленные данные проиллюстрируйте графическим изображением и дайте их анализ.

При оформлении диаграммы должны быть соблюдены следующие правила:

1. Для иллюстрации данных необходимо выбрать секторную диаграмму.
2. Рисунок должен иметь номер.
3. Рисунок должен иметь название, в котором отражаются суть представленных данных, место и время. В конце названия в скобках указываются единицы измерения.
4. Данные представляются в масштабе и должны иметь цифровые обозначения.
5. Секторы диаграммы должны иметь различную штриховку. Рядом с диаграммой размещается легенда (условные обозначения).

Практико-ориентированное задание № 2

Составьте макет комбинационной таблицы, которая отражает структуру нарушений различных прав пациента в медицинских учреждениях города N в 2017-м г., а также особенности этой структуры в учреждениях различного вида (амбулаторно-поликлинических и стационарных) и формы собственности (государственных, муниципальных, частных).

При оформлении таблицы должны быть соблюдены следующие правила:

1. Таблица должна иметь номер.
2. Таблица должна иметь название, в котором отражается суть представленных данных, а также пространственные и временные характеристики объекта исследования. В конце названия в скобках указываются единицы измерения.
3. Макет таблицы должен быть замкнутый.
4. Строки и графы в таблице должны быть пронумерованы.
5. Должны выделяться итоговые строки и графы. Для их обозначения, по возможности, следует избегать малоинформативных названий «Всего» и «Итого».

Практико-ориентированное задание № 3

Рассчитайте показатели структуры и уровней заболеваемости по данным обращаемости в медицинские учреждения населения города А (численность населения 20 тысяч человек) и города В (численность населения 200 тысяч человек) в 2017 г., используя следующие данные:

Класс заболеваний	Абсолютное число обращений (город А)	Абсолютное число обращений (город В)
1. Болезни органов кровообращения	3 000	32 000
2. Болезни органов дыхания	4 000	64 000
3. Болезни органов пищеварения	1 000	24 000
4. Прочие	2 000	40 000
Всех обращений:	10 000	160 000

Используя полученные данные, укажите, в каком городе более распространены болезни сердечно-сосудистой системы?

Блок 2. Организация здравоохранения (ПК-5, ПК-10, ПК-11)

Практико-ориентированное задание № 1

Врач-стоматолог В. осуществлял частный прием пациентов на основании имеющегося у него сертификата специалиста и лицензии на соответствующий вид медицинской деятельности. Кроме него в кабинете осуществлял прием, осмотр, назначал лечение его сын, студент 4-го курса медицинского вуза. Однако, на основании проверки по поводу поступившей жалобы одного из пациентов, лечившегося у студента, на его непрофессионализм, решением лицензионной комиссии лицензия была аннулирована.

Укажите порядок аннулирования лицензии на осуществление медицинской деятельности. Оцените данную ситуацию с учетом требований, предъявляемых к лицензированию медицинской деятельности.

Практико-ориентированное задание № 2

Преподаватель медицинского вуза, входящий в реестр внештатных экспертов территориального фонда обязательного медицинского страхования, обратился к заведующему отделением с просьбой предоставить необходимую документацию для проведения углубленной экспертизы случая оказания медицинской помощи по просьбе родственников пациента. Администрация данного медицинского учреждения отказала в предоставлении медицинской документации.

Правомерны ли действия администрации медицинского учреждения?

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Компетенция	Высокий уровень (10-7)	Средний уровень (6-4)	Низкий уровень (3-1)	0 баллов
ПК-1, ПК-4	<p>Умеет Самостоятельно и без <u>ошибок</u> анализировать основные тенденции в состоянии здоровья населения, рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять основные тенденции первичной заболеваемости и распространенности заболеваний, оценивать роль различных факторов в их развитии</p> <p>Владеет уверенно, правильно и самостоятельно методиками расчета и анализа основных показателей общественного здоровья; методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности.</p>	<p>Умеет Самостоятельно анализировать основные тенденции в состоянии здоровья населения, рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять основные тенденции первичной заболеваемости и распространенности заболеваний, оценивать роль различных факторов в их развитии, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p> <p>Владеет методиками расчета и анализа основных показателей общественного здоровья; методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p>	<p>Умеет анализировать <u>под руководством преподавателя</u> основные тенденции в состоянии здоровья населения, рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять основные тенденции первичной заболеваемости и распространенности заболеваний, оценивать роль различных факторов в их развитии</p> <p>Владеет методиками расчета и анализа основных показателей общественного здоровья; методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности, <u>но применяет их с помощью преподавателя</u></p>	<p>Не умеет анализировать основные тенденции в состоянии здоровья населения, рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять основные тенденции первичной заболеваемости и распространенности заболеваний, оценивать роль различных факторов в их развитии</p> <p>Не владеет методиками расчета и анализа основных показателей общественного здоровья; методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности</p>
ПК-10	<p>Умеет самостоятельно и без <u>ошибок</u> применять основные принципы охраны здоровья, порядки медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации по специальности</p> <p>Владеет уверенно, правильно и самостоятельно осуществляет поиск и правильное применение нормативно-правовых актов</p>	<p>Умеет самостоятельно применять основные принципы охраны здоровья, порядки медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации по специальности, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p> <p>Владеет навыками поиска и правильного применения нормативно-правовых актов, но</p>	<p>Умеет <u>под руководством преподавателя</u> применять основные принципы охраны здоровья, порядки медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации по специальности</p> <p>Владеет навыками поиска нормативно-правовых актов, правильно применяет</p>	<p>Не умеет применять основные принципы охраны здоровья, порядки медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации по специальности</p> <p>Не владеет навыками поиска и правильного применения нормативно-</p>

		<u>совершает отдельные ошибки</u>	<u>с помощью преподавателя</u>	правовых актов
ПК-5, ПК-11	<u>Умеет</u> <u>самостоятельно и без ошибок</u> применять критерии качества медицинской помощи для оценки его уровня <u>Владеет</u> современными методиками оценки качества медицинской помощи	<u>Умеет</u> <u>самостоятельно</u> применять критерии качества медицинской помощи для оценки его уровня, <u>но совершает отдельные ошибки</u> <u>Владеет</u> современными методиками оценки качества медицинской помощи, но при их <u>применении совершает отдельные ошибки</u>	<u>Умеет</u> <u>под руководством преподавателя</u> применять критерии качества медицинской помощи для оценки его уровня <u>Владеет</u> современными методиками оценки качества медицинской помощи, <u>применяет их с помощью преподавателя</u>	<u>Не умеет</u> применять критерии качества медицинской помощи для оценки его уровня <u>Не владеет</u> современными методиками оценки качества медицинской помощи

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Количество практико-ориентированных заданий, предполагающих оценку уровня формирования компетенции – 20. Комплекты практико-ориентированных заданий ежегодно обновляются. На подготовку по практико-ориентированному заданию ординатору дается 40 мин, продолжительность ответа на билет – 10 мин.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

К зачету по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» допускается ординатор, не имеющий пропусков занятий. Итоговая отметка определяется с учетом результатов тестирования и выполнения практико-ориентированных заданий.

Отметка «зачтено» по дисциплине выставляется ординатору, имеющему результаты тестирования не менее 71% правильных ответов и показавшему высокий, средний или низкий уровень формирования компетенции.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

**«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Институт последипломного образования

Приложение 1

к рабочей программе дисциплины

**Оценочные средства и методические материалы для проведения
промежуточной аттестации по дисциплине
«Педагогика»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Квалификация выпускника: врач – невролог

Направление подготовки: 31.08.42 Неврология

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.Б.4

1. Паспорт ОС по дисциплине

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1 год обучения
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, профессиональные и культурные различия	1 год обучения
УК-3	- готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	1 год обучения
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
	УК-1	Знает предмет, цели, задачи, категориальный аппарат дисциплины; Научные подходы к изучению закономерностей психического развития. Умеет интегрировать полученные знания с системой академических знаний в реализации целей, задач и функций педагогической деятельности;	Комплекты: 1. Тестовых заданий. 2. Практико-ориентированных заданий.	Зачет, 1 год обучения

		Владеет навыками работы по использованию полученных знаний		
	УК-2	Знает особенности формирования и Проявления познавательных Процессов личности в периоду юности и взрослости Умеет навыками работы по использованию полученных знаний; Владеет навыками анализа особенностей эмоционального, сенсорного, умственного и вербального развития личности;	1. Комплект тестовых заданий. 2. Собеседование по клинической ситуационной задаче.	Зачет, 1 год обучения
1.	УК-3	Знает потребности и ведущие мотивы учебной деятельности обучаемых, роль личности преподавателя как фактора эффективности обучения и воспитания Умеет дифференцировать полученные знания и использовать индивидуальный подход в работе с младшим персоналом в зависимости от конкретной ситуации, возрастных особенностей, целей и задач обучения. использовать знания о современных педагогических технологиях обучения и воспитания со средним и младшим медицинским персоналом, методах взаимодействия с родными и близкими выздоравливающих больных Владеет приемами активизации познавательной деятельности обучаемых	Комплекты: 1. Тестовых заданий. 2. Практико-ориентированных заданий.	Зачет, 1 год обучения

		в процессе обучения; - основами педагогики в работе со средним и младшим медицинским персоналом, педагогическими технологиями обучения медицинского персонала, педагогическими технологиями коммуникативного взаимодействия с пациентами и его родственниками.		
2.	ПК-9	Знает предмет, цели, задачи, категориальный аппарат дисциплины; Умеет применять полученные знания в профессиональной деятельности; Владеет навыками проектирования эффективных профессиональных стратегий и т.д. навыками по использованию методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации	1. Комплект тестовых заданий. 2. Собеседование по клинической ситуационной задаче.	Зачет, 1 год обучения

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: тестовые задания.

2.1.1. Содержание

Тестовый контроль включает задания на компетенции УК-1, УК-2, УК-3 , ПК-9. Все задания с выбором одного правильного ответа из четырех.

Инструкция по выполнению: в каждом задании необходимо выбрать один правильный ответ из 4-х предложенных.

Примеры:

1. ФУНКЦИЯ ПСИХИКИ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩАЯ ОБЩЕНИЕ:

- 1) коммуникативная;
- 2) убеждающая;
- 3) динамическая;
- 4) гуманистическая;

2. КОММУНИКАТИВНОЕ ОБЩЕНИЕ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ:

- 1) средствами речевой коммуникации;
- 2) рефлексивной составляющей
- 3) средствами обучения;
- 4) знаниями

3. МОДЕЛЬ МОРАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА (ПО Р.ВИЧУ):

- А) сакральная;
- Б) гуманистическая;
- В) авторитарная;
- Г) демократическая;
- Д) оптимистическая.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. При доле правильных ответов менее 71% ординатор на следующий этап зачета не допускается.

2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Тестирование проводится на заключительном занятии дисциплины. Имеются 2 варианта тестов по 50 вопросов. Продолжительность тестирования – 50 минут. На каждый вопрос необходимо дать один правильный ответ. Тестовый контроль считается успешно пройденным, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. В случае не сдачи зачета ординатор должен пересдать тест до достижения результата не менее 71% правильных ответов. График отработок теста вывешивается на кафедре заранее.

2.2. Оценочное средство: практико-ориентированные задания.

2.2.1. Содержание

Используются для оценки практических умений, опыта (владений) на компетенцию УК-1, УК-2, УК-3, ПК-9.

Примеры:

1. Психолого-педагогические основы коммуникаций Межличностные, коммуникативные навыки взаимодействия (УК-1, УК-2, ПК-9)

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и определите психолого- педагогические основы коммуникаций

Пациент Г. 37 лет на приеме у врача-стоматолога потребовал срочно удалить больной зуб. После осмотра и рентгенологического обследования врач объяснил пациенту, что зуб может быть сохранен при условии еще двух сеансов лечения. Недовольный таким, по его мнению, надуманным промедлением, больной в раздражении покидает кабинет. В регистратуре его несколько успокоили и посоветовали обратиться к другому врачу в этой же клинике. Зная о случившемся конфликте, новый врач, игнорируя стандарты технологии лечения, пошел «на поводу» у пациента и немедленно выполнил просьбу, удалив зуб без каких-либо предложений о лечении:

а) является ли эта ситуация конфликтной? Кого можно считать субъектами этого конфликта? Какие стратегии поведения они выбрали?

б) оцените эту ситуацию и ее возможные последствия с точки зрения конфликтолога и стоматолога-профессионала?

в) как бы вы поступили в подобном случае?

2. Формирование у пациентов мотивации к лечению (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-9).

Примеры:

Задание 1.

Инструкция: ознакомьтесь с содержанием практического задания и определите вид эффекта общения.

Пациент 45 лет находится в течении месяца на лечении в кардиологическом отделении. Он очень сомневается во всех процедурах, которые ему проводят по назначению врача, не верит в успех лечения. При проведении процедур спорит с медсестрой, на лице часто ухмылка, может не явиться на назначенные исследования. Медсестра попыталась побеседовать с пациентом, но он не слушает ее, грубит, прячет глаза. Медсестре удалось выяснить в ходе беседы, что пациент имеет негативный опыт общения с медперсоналом.

Задание 2.

Инструкция: ознакомьтесь с содержанием практического задания и определите вид эффекта общения.

В неврологическом отделении находится одинокая пациентка 75 лет, которая при беседе со знакомой рассказала, что постовая медсестра К. относится к ней не так, как к другим пациенткам. В палате часто присаживается к ней, рассказывает ей о своей дочке, оберегает ее от негативной информации, угощает ее собственной выпечкой.

Во время совместного чаепития медсестра К. рассказала, что 2 недели назад у нее умерла мама, и она очень тяжело переживает потерю близкого человека, а в пациентки она видит черты своей мамы и ей после общения с ней легче смирится с утратой.

Задание 3.

Инструкция: ознакомьтесь с содержанием практического задания и определите вид эффекта общения.

В терапевтическом отделении на лечении находится женщина 50 лет. Женщина замужем, имеет двух дочерей, которые живут в другом городе и не имеют возможности часто навещать ее. Женщина очень чутко относится к своему здоровью, на процедуры приходит за 30-40 минут до назначенного срока, внимательно слушает и записывает все, что ей говорит медсестра. Делится с ней своими семейными проблемами. Ежедневно после процедур пытается отблагодарить ее небольшим подарком (шоколадкой, конфеткой).

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Компетенция	Высокий уровень (86-100)	Средний уровень (71-85)	Низкий уровень (56-70)	До 56 баллов
УК-1	<u>Умеет</u> Самостоятельно и без <u>ошибок</u> выявляет в учебном задании диагностическую методику, активизирующую психологическую поддержку взрослого населения гуманистические составляющие психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан	<u>Умеет</u> Самостоятельно выявляет в учебном задании диагностическую методику, активизирующую психологическую поддержку взрослого населения гуманистические составляющие психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан,	<u>Умеет</u> Выявляет в учебном задании <u>под руководством преподавателя</u> морально-этические нормы, правила и принципы психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан <u>Владеет</u> способен к самостоятельному определению методов	<u>Умеет</u> <u>Не может</u> выявить в учебном задании морально-этические нормы, правила и принципы психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан <u>Владеет</u> Не способен к самостоятельному

	<p><u>Владеет</u> Уверено, правильно и самостоятельно определяет методы активизирующие психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан</p>	<p><u>но совершает отдельные ошибки</u> <u>Владеет</u> Обладает опытом самостоятельно определять методы методики, активизирующие психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан</p>	<p>психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан , но <u>совершает отдельные ошибки</u></p>	<p>определению методов психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан , но совершает отдельные ошибки</p>
УК-2	<p><u>Умеет</u> <u>Самостоятельно и без ошибок</u> выявляет в учебном задании основные закономерности формирования базовой культуры личности в целостном педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности <u>Владеет</u> уверено, правильно и самостоятельно выявляет основные закономерности использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием</p>	<p><u>Умеет</u> <u>Самостоятельно</u> выявляет в учебном задании основные закономерности формирования базовой культуры личности в целостном педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности, <u>но совершает отдельные ошибки</u> <u>Владеет</u> обладает опытом самостоятельно выявлять основные закономерности использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с</p>	<p><u>Умеет</u> выявляет в учебном задании <u>под руководством преподавателя</u> основные закономерности формирования базовой культуры личности в целостном педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности <u>Владеет</u> способен к самостоятельному выявлению основных закономерностей использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с</p>	<p><u>Умеет</u> <u>Не может</u> выявить в учебном задании основные закономерности формирования базовой культуры личности в целостном педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности <u>Владеет</u> Не способен к самостоятельному выявлению основных закономерностей использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием</p>

	психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности	использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности	использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности, но совершает отдельные ошибки	психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности
УК-3	<u>Умеет</u> <u>Самостоятельно и без ошибок</u> выявляет в учебном задании диагностическую методику, активизирующую психологическую поддержку взрослого населения гуманистические составляющие психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан <u>Владеет</u> Уверено, правильно и самостоятельно определяет методы активизирующие психологического общения «врач-мед сестра - пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан	<u>Умеет</u> <u>Самостоятельно</u> выявляет в учебном задании диагностическую методику, активизирующую психологическую поддержку взрослого населения гуманистические составляющие психологического общения «врач-пациент- мед сестра-», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан, <u>но совершает отдельные ошибки</u> <u>Владеет</u> Обладает опытом самостоятельно определять методы методики, активизирующие психологического общения «врач- мед сестра-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан	<u>Умеет</u> Выявляет в учебном задании <u>под руководством преподавателя</u> морально-этические нормы, правила и принципы психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан <u>Владеет</u> способен к самостоятельному определению методов психологического общения «врач-пациент мед сестра», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан , <u>но совершает отдельные ошибки</u>	<u>Умеет</u> <u>Не может</u> выявить в учебном задании морально-этические нормы, правила и принципы психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан <u>Владеет</u> Не способен к самостоятельному определению методов психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан , но совершает отдельные ошибки
ПК-9	<u>Умеет</u> <u>Самостоятельно и без ошибок</u> выявляет в учебном задании основные закономерности формирования базовой культуры	<u>Умеет</u> <u>Самостоятельно</u> выявляет в учебном задании основные закономерности формирования базовой культуры личности в	<u>Умеет</u> выявляет в учебном задании <u>под руководством преподавателя</u> основные закономерности формирования	<u>Умеет</u> <u>Не может</u> выявить в учебном задании основные закономерности формирования базовой культуры личности в

	<p>личности в целостном педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p> <p>Владеет</p> <p>уверено, правильно и самостоятельно выявляет основные закономерности использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p>	<p>целостном педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p> <p>Владеет</p> <p>обладает опытом самостоятельно выявлять основные закономерности использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p>	<p>базовой культуры личности в целостном педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p> <p>Владеет</p> <p>способен к самостоятельному выявлению основных закономерностей использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности, но совершает отдельные ошибки</p>	<p>целостном педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p> <p>Владеет</p> <p>Не способен к самостоятельному выявлению основных закономерностей использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p>
--	---	---	---	---

Результаты оцениваются как «выполнено», «не выполнено».

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

С помощью практико-ориентированных задач оценивается освоение обучающимися практических умений и опыта (владений).

Результаты оцениваются как «выполнено», «не выполнено».

2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания

Зачет является формой заключительной проверки усвоения обучающимися теоретического материала и практических умений, опыта (владений) по дисциплине.

Условием допуска обучающегося к зачету является полное выполнение учебного плана данной дисциплины.

Зачет осуществляется в два этапа:

I. Тестовый контроль знаний.

Результаты тестирования оцениваются как «сдано», «не сдано».

II. Проверка практических умений, опыта (владений).

Время на подготовку – 40 мин. Ординаторы не имеют возможности использовать какие-либо информационные материалы. Время на ответ – не более 0,5 ч.

Результаты оцениваются как «выполнено», «не выполнено».

Зачет считается сданным при условии успешного выполнения обоих этапов.

Результаты сдачи зачета оцениваются отметками «зачтено», «не зачтено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ (репродуктивно- выборочного) УРОВНЯ
для промежуточной аттестации.

ЗАДАНИЯ С ВЫБОРОМ 1 ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ.

ИНСТРУКЦИЯ: подчеркните правильный ответ

1. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИКА – ЭТО НАУКА:

- А) о воспитании человека в современном обществе
- Б) о способах научного познания
- В) о психологических особенностях человека
- Г) о физиологических закономерностях развития личности
- Д) о подготовке учителя к работе в школе

2. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИКА В ПЕРЕВОДЕ С ГРЕЧЕСКОГО ОЗНАЧАЕТ:

- А) детовожделение
- Б) управление
- В) воспроизведение
- Г) закрепление
- Д) повторение

3. (УК-1, УК-3) ОБЪЕКТОМ ПЕДАГОГИКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) учение о принципах построения теории
- Б) методы педагогического исследования
- В) психологические особенности личности
- Г) человек развивающийся в процессе воспитания
- Д) междисциплинарные связи человекознания

4. (УК-1, УК-3) ПРЕДМЕТОМ ПЕДАГОГИКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) целостный педагогический процесс
- Б) закономерности обучения
- В) воспитание творческой направленности личности
- Г) самообразование
- Д) самообучение

5. (УК-1, УК-3) ЗАДАЧИ ПЕДАГОГИКИ:

- А) изучение педагогического опыта
- Б) исследование личностных особенностей
- В) внедрение образовательных законопроектов
- Г) создание библиотек
- Д) разработка электронных учебников.

6. (УК-1, УК-3) ФУНКЦИИ ПЕДАГОГИКИ:

- А) познавательная
- Б) экономическая
- В) социальная
- Г) юридическая
- Д) политическая

7. (УК-1, УК-3) ОТРАСЛИ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ:

- А) общая педагогика
- Б) социология
- В) политология
- Г) квалитология
- Д) психология

8. (УК-1, УК-3) МЕТОДЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ:

- А) педагогическое наблюдение
- Б) изучение успеваемости
- В) исследование межличностных отношений
- Г) выдвижение гипотезы
- Д) изучение литературы.

9. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ - ЭТО:

- А) связи между условиями и достигнутыми результатами
- Б) отношения между субъектами образовательного процесса
- В) обученность
- Г) реализация инноваций
- Д) творчество педагогов

10. (УК-1, УК-3) РАЗВИТИЕ ПЕДАГОГИКИ ОПРЕДЕЛЯЕТ:

- А) прогресс науки и техники.
- Б) биологический закон сохранения рода.
- В) объективная потребность в подготовке человека к жизни и труду.
- Г) повышение роли воспитания в общественной жизни
- Д) социально- экономические преобразования.

11. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИКА ИЗУЧАЕТ:

- А) развитие и функционирование психики ребенка
- Б) взаимоотношениями между родителями и детьми
- В) закономерности, принципы, методы и формы обучения и воспитания человека
- Г) механизмы передачи знаний от поколения к поколению
- Д) процессы преобразования общества

12. (УК-1, УК-3, ПК-9) ВОСПИТАНИЕ – ЭТО:

- А) направленное воздействие на человека с целью формирования у него определенных знаний.
- Б) целенаправленный и организованный процесс формирования личности.
- В) формирование образов, законченных представлений об изучаемых явлениях.
- Г) процесс становления человека как социального существа под воздействием всех факторов
- Д) передача культурных традиций подрастающему поколению.

13. (УК-1, УК-3, ПК-9) ОБУЧЕНИЕ – ЭТО:

- А) направленное воздействие на человека со стороны общественных институтов с целью формирования у него определенных знаний.
- Б) двухсторонний образовательный процесс взаимодействия учителей и учеников, направленный на усвоение знаний, умений, навыков.
- В) объем систематизированных знаний, умений, навыков, способов мышления, которыми овладел обучаемый.
- Г) целенаправленный и организованный процесс формирования личности, под воздействием учителя.
- Д) формирование представлений об окружающей действительности.

14. (УК-1, УК-3) ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВОСПИТАНИЯ – ЭТО:

- А) объективно существующие связи между педагогическими явлениями
- Б) адекватное отражение объективной действительности воспитательного процесса, обладающего устойчивыми свойствами
- В) варианты организации конкретного воспитательного процесса
- Г) управление деятельностью учащихся при помощи разнообразных повторяющихся дел
- Д) совокупность педагогических мероприятий.

15. (УК-1, УК-3) ДВИЖУЩАЯ СИЛА ВОСПИТАНИЯ:

- А) противоречие индивидуального морального сознания
- Б) противоречие общественного развития
- С) противоречие между умственным и физическим трудом
- Д) противоречие между имеющимся уровнем развития и новыми, более высокими потребностями
- Е) расхождение ценностных ориентаций

16. (УК-1, УК-3) МЕТОДЫ ВОСПИТАНИЯ - ЭТО:

- А) общие исходные положения, которыми руководствуется педагог
- Б) способы воздействия на сознание, волю, чувства, поведения воспитанников
- В) предметы материальной и духовной культуры, которые используются для решения педагогических задач
- Г) внешнее выражение процесса воспитания
- Д) варианты организации конкретного воспитательного процесса

17. (УК-1, УК-3) ПОЩРЕНИЕ - ЭТО:

- А) способ педагогического воздействия на воспитанника с целью стимулирования положительного поведения
- В) неодобрение и отрицательная оценка действий и поступков личности
- С) привлечение воспитанников к выработке правильных оценок и суждений
- Д) эмоционально-словесное воздействие на воспитанников
- Е) яркое, эмоциональное изложение конкретных фактов и событий.

18. (УК-1, УК-3) ФОРМА ВОСПИТАНИЯ – ЭТО:

- А) организационная структура
- Б) педагогическое действие
- В) мероприятие, в котором реализуются задачи
- Г) содержание и методы конкретного воспитательного процесса
- Д) воздействие на воспитуемых.

19. (УК-1, УК-3) ПЕРЕВОСПИТАНИЕ – ЭТО:

- А) перестройка установок взглядов и способов поведения, противоречащих этическим нормам

- Б) специально организованная познавательная деятельность
- В) адаптация человека к различным ценностям
- Г) воспитание правил хорошего тона и культуры поведения
- Д) воспитание чувства национального достоинства

20 (УК-1, УК-3, ПК-9) МЕДИЦИНСКАЯ ПЕДАГОГИКА - ЭТО:

- А) междисциплинарная область теории и практики клинической психологии,
- Б) педагогическая составляющая профессионального образования
- В) наука, изучающая особую сферу деятельности человека
- Г) наука о психофизиологических особенностях детей
- Д) научная отрасль знания связанная с лечением

21. (УК-1, УК-3) ОБЪЕКТОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПЕДАГОГИКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) область действительности, которую исследует наука
- Б) особые явления действительности
- В) медицинское образование
- Г) лечебный процесс
- Д) процесс реабилитации

22. (УК-1, УК-3) ПРЕДМЕТОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПЕДАГОГИКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) педагогический процесс
- Б) педагогическое взаимодействие между участниками учебного процесса
- В) инновационные технологии в медицине
- Г) комплекс явлений, раскрывающий лечебный процесс
- Д) педагогическая ситуация.

23. (УК-1, УК-3) ПРИНЦИПЫ ОБУЧЕНИЯ - ЭТО:

- А) приемы работы по организации процесса обучения
- Б) тезисы теории и практики обучения и образования
- В) основные положения теории обучения
- Г) средства народной педагогики и современного педагогического процесса
- Д) условия педагогического процесса.

24. (УК-1, УК-3) ЦЕЛОСТНЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС - ЭТО:

- А) единство воспитания и обучения
- Б) взаимодействие школы, семьи и общественности
- В) целенаправленный процесс взаимодействия учителя и учащихся
- Г) обучение и воспитание
- Д) совместная система всех институтов воспитания

25. (УК-1, УК-2, УК-3) ЭФФЕКТИВНЫЙ СТИЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ:

- А) нейтральный
- Б) либеральный
- В) авторитарный
- Г) оппозиционный
- Д) демократический

26. (УК-1, УК-3) ОБРАЗОВАНИЕ - ЭТО:

- А) результат процесса воспитания

- Б) результат процессов социализации и адаптации
- В) механизм социокультурной среды по приобщению к общечеловеческим ценностям
- Г) результат получения системы знаний, умений, навыков
- Д) процессуальная деятельность.

27. ПРИНЦИПЫ ОБУЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ СФОРМУЛИРОВАЛ:

- А) Песталоцци И.Г.
- Б) Коменский Я.А.
- В) Монтень М.
- Г) Ушинский К.Д.
- Д) Руссо Ж-Ж.

28. (УК-1, УК-3) ДИДАКТИКА – ЭТО:

- А) наука об обучении и образовании, их целях, содержании, методах, средствах, организации, достигаемых результатах.
- Б) искусство, «детоводческое мастерство».
- В) упорядоченная деятельность педагога по реализации цели обучения.
- Г) система приобретенных в процессе обучения ЗУН и способов мышления.
- Д) научная отрасль педагогики

29. (УК-1, УК-3) ОБУЧЕНИЕ – ЭТО:

- А) целенаправленный педагогический процесс организации и стимулирования учебно-познавательной деятельности
- Б) наука о получении образования,
- В) упорядоченное взаимодействие педагога с учащимися, направленное на достижение поставленной цели.
- Г) категория философии, психологии и педагогики
- Д) двухсторонний процесс обучения

30. (УК-1, УК-3) СТРУКТУРНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ОБУЧЕНИЯ:

- А) целевой,
- Б) положительный
- В) отрицательный
- Г) качественный
- Д) комплексный

31. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ - ЭТО:

- А) основные идеи, положенные в основу достижения педагогических целей
- Б) основные требования
- В) исходные положения
- Г) руководство к действию
- Д) воспитательные возможности.

32. (УК-1, УК-3) ДИДАКТИЧЕСКИМИ ПРИНЦИПАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- А) наглядность обучения
- Б) активизация межличностных отношений
- В) познание закономерностей окружающей действительности
- Г) обеспечение конкурентоспособности
- Д) инновационность обучения

33. (УК-1, УК-3) ПРЕПОДАВАНИЕ И УЧЕНИЕ - ЭТО

- А) категории обучения.

- Б) методы обучения.
- В) формы обучения.
- Г) средства обучения.
- Д) приемы обучения.

34. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА:

- А) общепредметные, предметные и модульные.
- Б) общепредметные, предметные, модульные и частнометодические.
- В) общепредметные и предметные.
- Г) предметные и модульные.
- Д) интегративные и комбинированные.

35. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА – ЭТО:

- А) материальные объекты, предназначенные для организации и осуществления педагогического процесса
- Б) методы и приемы реализуемой педагогической технологии
- В) формы организации обучения
- Г) организация учебного пространства
- Д) содержание педагогического процесса

36. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ – ЭТО:

- А) набор операций по конструированию, формированию и контролю знаний, умений, навыков и отношений в соответствии с поставленными целями.
- Б) инструментарий достижения цели обучения.
- В) совокупность положений, раскрывающих содержание какой-либо теории, концепции или категории в системе науки.
- Г) устойчивость результатов, полученных при повторном контроле, а также близких результатов при его проведении разными преподавателями.
- Д) совокупность методов и приемов обучения

37. (УК-1, УК-3) МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ – ЭТО:

- А) способы совместной деятельности учителя и учащихся, направленные на решения задач обучения.
- Б) монологическая форма изложения, призвана ретранслировать систему социального опыта.
- В) средство самообучения и взаимообучения.
- Г) пути познания объективной реальности в условиях многоаспектного рассмотрения гносеологических механизмов и познавательной активности учащихся.
- Д) условия обучения.

38. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ИННОВАЦИИ - ЭТО:

- А) нововведения в учебно - воспитательном процессе с целью повышения его эффективности
- Б) реализация культурно- исторического опыта предшествующих поколений
- В) внедрение научно- исследовательских проектов
- Г) активизация мотивации к обучению
- Д) совокупность интерактивных методов обучения

39. (УК-1, УК-3) КАТЕГОРИЕЙ ДИДАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) нравственное воспитание
- Б) процесс обучения

- В) цель воспитания
- Г) социализация личности
- Д) воспитание

40. (УК-1, УК-3, ПК-9) СЛОВЕСНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ:

- А) беседа
- Б) демонстрация картин, иллюстраций
- В) продуктивная деятельность
- Г) упражнения
- Д) компьютерные средства

41. (УК-1, УК-3, ПК-9) НАГЛЯДНЫЕ СРЕДСТВА ОБУЧЕНИЯ:

- А) опрос учащихся
- Б) рассматривание картин
- В) тренинг
- Г) рассказ
- Д) объяснение

41. (УК-1, УК-3, ПК-9) СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ТЕОРИИ И ПРАКТИКЕ ВОСПИТАНИЯ:

- А) деятельностный
- Б) синергитический
- В) системный
- Г) интегративный
- Д) комплексный

41. (УК-1, УК-3) ОБУЧЕНИЕ КАК СОТВОРЧЕСТВО УЧИТЕЛЯ И УЧЕНИКА РАССМАТРИВАЛ:

- А) Шаталов В.П.
- Б) Коменский Я.А.
- В) Крупская Н.К.
- Г) Толстой Л.Н.
- Д) Больнов В.Е.

41. (УК-1, УК-3) СИСТЕМУ ПРИНЦИПОВ РАЗВИВАЮЩЕГО ОБУЧЕНИЯ ПРЕДЛОЖИЛ:

- А) Выготский Л.С.
- Б) Занков Л.С.
- В) Леонтьев А.Н.
- Г) Лернер И.И.
- Д) Махмутов

41. (УК-1, УК-3) НАУКА О НАРУШЕНИЯХ РЕЧИ, ИХ КОРРЕКЦИИ ПОСРЕДСТВОМ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ:

- А) сурдопедагогика
- Б) тифлопедагогика
- В) логопедия
- Г) олигофренопедагогика
- Д) дефектология

41. (УК-1, УК-3) НАУКА О НАРУШЕНИЯХ СЛУХА ИХ КОРРЕКЦИИ ПОСРЕДСТВОМ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ:

- А) сурдопедагогика
- Б) тифлопедагогика
- В) логопедия
- Г) олигофренопедагогика
- Д) дефектология

42. (УК-1, УК-3) НАУКА О НАРУШЕНИЯХ ЗРЕНИЯ ИХ КОРРЕКЦИИ ПОСРЕДСТВОМ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ:

- А) сурдопедагогика
- Б) тифлопедагогика
- В) логопедия
- Г) олигофренопедагогика
- Д) дефектология

43. (УК-1, УК-3) ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ТЕОРИИ «СВОБОДНОГО ВОСПИТАНИЯ»

- А) Монтессори М.
- Б) Макаренко А.С.
- В) Ушинский К.Д.
- Г) Крупская Н.К.
- Д) Изард И.

44. (УК-1, УК-3) ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ - ЭТО

- А) процесс оказания помощи учащимся в выборе профессии в соответствии со способностями, склонностями и рынком труда.
- Б) работа по итогам которой определяются умения, навыки
- В) совокупность различной направленности общественных мероприятий
- Г) профессиональная подготовка
- Д) деятельность направленная на результат.

45. (УК-1, УК-3) САМОАКТУАЛИЗАЦИЯ – ЭТО:

- А) стремление человека к возможно более полному выявлению и развитию своих личностных возможностей
- Б) стремление человека достичь результата
- В) творческий процесс развития
- Г) стремление человека реализовать способности
- Д) целенаправленная деятельность

46. (УК-1, УК-3) САМООБРАЗОВАНИЕ – ЭТО:

- А) самостоятельное овладение человеком знаниями, умениями и навыками, совершенствование уровня самого образования
- Б) образование через всю жизнь
- В) систематическое обучение
- Г) воспитательно - образовательная деятельность
- Д) личностная значимость человека.

47. (УК-1, УК-3) СОЦИАЛИЗАЦИЯ ЛИЧНОСТИ – ЭТО:

- А) процесс социального развития человека под влиянием всей совокупности факторов социальной жизни
- Б) усвоение опыта предшествующих поколений
- В) адаптация личности

- Г) индивидуальное развитие человека
- Д) становление личности, приобретение ею совокупности устойчивых свойств и качеств

48. (УК-1, УК-3) ПРЕПОДАВАНИЕ – ЭТО:

- А) передача учащимся знаний, умений, навыков
- Б) управление усвоением в рамках отдельных познавательных задач
- В) управление учебно-познавательной деятельностью обучающихся
- Г) реализация принципа связи теории и практики
- Д) реализация принципа активности познавательной деятельностью обучающихся

49. (УК-1, УК-3) КОНТРОЛЬ - ЭТО:

- А) проверка результатов самообучения.
- Б) это обратная связь учителя с учеником в процессе преподавание
- В) система оценочно-отметочной деятельности,
- Г) механизм проверки знаний, умений, навыков учащихся.
- Д) метод обучения

50. (УК-1, УК-3) ОБРАЗОВАНИЕ – ЭТО:

- А) упорядоченная деятельность педагога по реализации цели обучения
- Б) предметная поддержка учебного процесса
- В) система приобретенных в процессе обучения знаний, умений и навыков
- Г) способ сотрудничества учителя и учащихся
- Д) квалификационная характеристика выпускника

51. (УК-1, УК-3) КОМПЕТЕНТНОСТЬ - ЭТО:

- А) способность применять знания для решения профессиональных задач
- Б) совокупность знаний, умений и навыков
- В) способность активно действовать
- Г) желание использовать полученные знания
- Д) активность личности

52. (УК-1, УК-3) ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ - ЭТО:

- А) интегральная характеристика личности
- Б) вид профессиональной подготовленности работника, наличие у него знаний, умений и навыков, необходимых для выполнения им определенной работы в рамках одной профессии
- В) мастер своего дела
- Г) профессиональное умение
- Д) способность постоянно развиваться

53. (УК-1, УК-3) ВИДЫ КОМПЕТЕНЦИЙ:

- А) общекультурные, профессиональные
- Б) индивидуально – личностные
- В) социологические
- Г) предметные
- Д) дисциплинарные

54. (УК-1, УК-3) ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ СТАНДАРТ - ЭТО:

- А) нормативно - правовой законодательный документ
- Б) основа формирования профессионализма
- В) совокупность компетенций

- Г) регламентирующий проект
- Д) процесс обновления системы образования

55. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИКА СОТРУДНИЧЕСТВА - ЭТО:

- А) направление в советской педагогике 2-ой половины 20 в.
- Б) форма коллективной работы учащихся
- В) объект деятельности учителя
- Г) научная теория Я.А. Коменского
- Д) метод обучения.

56. (УК-1, УК-3) ГУМАНИСТИЧЕСКАЯ ПЕДАГОГИКА:

- А) принимает воспитанника таким, какой он есть
- Б) навязывает сложившиеся установки
- В) стремится изменить воспитанника
- Г) исходит из приоритетности знаний педагога
- Д) руководствуется запросами практики.

57. ПЕДАГОГИКА СОВЕТСКОГО ПЕРИОДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- А) идеологизацией методологических оснований
- Б) неклассовым подходом к воспитанию
- В) интеграцией в мировой практике
- Г) отсутствием идеологической борьбы с педагогикой развитых стран
- Д) рекламированием отечественных достижений.

58. (УК-1, УК-3) ПРИНЦИП ПРИРОДОСООБРАЗНОСТИ СФОРМУЛИРОВАН:

- А) Ушинским К.Д.
- Б) Макаренко А.С.
- В) Дж.Локком
- Г) Коменским Я.А.
- Д) Дистервергом

59. (УК-1, УК-3) АВТОР ТРУДА «ВЕЛИКАЯ ДИДАКТИКА»:

- А) Крупская Н.К.
- Б) Коменский Я.А.
- В) Корчак Я.
- Г) Толстой Л.Н.
- Д) Тихеева Е.И.

60. (УК-1, УК-3, ПК-9) СЕМЬЯ-ЭТО:

- А) брак двух людей
- Б) начальная, структурная единица общества, закладывающая основы личности
- В) образование, в котором человек целиком проявляется во всех отношениях
- Г) социально-педагогическая группа людей, предназначенная для удовлетворения потребностей
- Д) малая группа, основанная на кровном родстве, члены которой связаны между собой

61. (УК-1, УК-3, ПК-9) КРИЗИС СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬИ:

- А) отсутствие доброжелательных взаимоотношений
- Б) сужение кругозора родителей
- В) преобладание гражданских браков
- Г) свобода заключения и расторжения брака

Д) падение авторитета и роста конфликтности с ними

ЗАДАНИЯ НА УСТАНОВЛЕНИЕ СООТВЕТСТВИЯ

1 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ВОЗРАСТНЫМ ЭТАПОМ РАЗВИТИЯ И ВИДАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. (УК-1, УК-2, УК-3)

Возраст	Виды деятельности
1 год	а) сюжетная игра
2 года	б) манипуляции с игрушками
3 года	в) сюжетно-отобразительная

2 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ВОЗРАСТНЫМ ЭТАПОМ РАЗВИТИЯ И ВИДАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (УК-1, УК-2, УК-3)

Возраст	Виды деятельности
1. 3–4 года	а) игровая
2. 4–5 лет	б) бытовая
3. 5–7 лет	в) конструктивная
	г) трудовая
	д) учебная
	е) изобразительная

3 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ВОЗРАСТНЫМ ЭТАПОМ РАЗВИТИЯ И ПРЕДМЕТНЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ. (УК-1, УК-2, УК-3)

Возраст	Характерные особенности действий с предметами
1. 3–4 года	а) моделирующие действия восприятия
2. 5–6 лет	б) интериоризация действий
3. 6–7 лет	в) систематическое планомерное обследование
	г) зрительное восприятие
	д) планомерное, последовательное обследование
	е) рассматривание, выделение отдельных частей, признаков

4 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ВОЗРАСТОМ И УРОВНЕМ РАЗВИТИЯ РЕЧИ, МЫШЛЕНИЯ(УК-1, УК-2, УК-3)

Возраст	Сочетание речи, практических действий, мышления
1. 3–4 года	а) речь — умственное действие
2. 4–5 лет	б) практическое действие — речь
3. 5–7 лет	в) практическое действие одновременно с речью
	г) умственное действие — речь — практическое действие

5 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ГРУППАМИ И ВИДАМИ ЧУВСТВ(УК-1, УК-2, УК-3)

Группы чувств	Виды чувств
1. Интеллектуальные	а) любопытство
2. Эстетические	б) чувство комического
3. Моральные	в) удивление
	г) дружба
	д) любознательность
	е) чувство прекрасного
	ж) гордость
	з) чувство нового
	и) чувство героического
	к) чувство стыда
	л) чувство юмора

6 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ГОТОВНОСТЬЮ К ШКОЛЕ И ЕЕ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ:

Готовность к школе	Характеристика
1. Социально-личностная	а) принятие позиции школьника
2. Интеллектуальная	б) отношение к школе
3. Эмоциональная	в) ориентация в окружающем мире
4. Волевая	г) желание узнать новое
	д) соподчинение мотивов
	е) умение организовать рабочее место
	ж) умение общаться
	з) сенсорное развитие
	и) радостное ожидание начала обучения
	к) умение сочувствовать
	л) стремление достичь результата

7 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ЦЕЛЯМИ ВОСПИТАНИЯ И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ. (УК-1, УК-2, УК-3)

Цели воспитания	Характеристика целей воспитания
1) частные (рабочие)	а) указывают главное направление воспитательной деятельности всех учреждений образования, определяют характер педагогического воздействия на личность
2) общие (генеральные)	б) связаны с решением определенных воспитательных задач на различных этапах формирования личности
3) личные	в) цели конкретного воспитательного мероприятия, учебного занятия; направлены на формирование определенных знаний, конкретных способов мышления и деятельности
4) конкретные (оперативные)	г) учет этих целей придает процессу образования гуманистический, лично ориентированный характер

8 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ТЕОРИЯМИ ОБРАЗОВАНИЯ И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ: (УК-1, УК-2, УК-3)

Теории образования	Сущность теории образования
1) Теория материального образования	а) цель – развитие не столько академических знаний, сколько развитие ума, способностей к мыслительным операциям, логическому мышлению

2) Теория формального образования	в) главная цель – передать ученику как можно больше знаний из разных областей науки
-----------------------------------	---

9 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ПРИНЦИПАМИ ОБРАЗОВАНИЯ И ИХ СОДЕРЖАНИЕМ: (УК-1, УК-2, УК-3)

Принципы обновления содержания образования	Характеристики принципов обновления содержания образования
1) Гуманитаризация	А) расширение образовательного выбора обучающегося
	Б) организация профильных лицейских классов
	В) более полный учет интересов, возможностей и индивидуальных особенностей учащихся
2) Дифференциация	Г) учет при изучении естественнонаучных и математических дисциплин социальных и общекультурных смыслов и взаимосвязей изучаемых объектов и явлений
3) Гуманизация	Д) обновление содержания обучения в контексте развития мировой культуры
	Е) определение минимального уровня усвоения знаний, умений, навыков по каждому учебному предмету, обеспечивающего базовый уровень общего среднего образования
4) Стандартизация	Ж) унификация содержания обучения
	З) включение сведений из истории развития науки в содержание учебных дисциплин

10 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ МЕТОДАМИ И ПРИЕМАМИ ОБУЧЕНИЯ. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-9)

Методы обучения	Приемы обучения
1.Рассказ	а) последовательное раскрытие причинно-следственных связей
2.Объяснение	Б) использование задач на применение знаний на практике в различных (возможно, усложняющихся) ситуациях
3.Упражнение	В) организация учителем самостоятельного поиска учащихся
4.Дискуссия	Г) риторические вопросы преподавателя
5.Частично-поисковый	Д) направление учителем учащихся при поиске решения проблемы с помощью дополнительных вопросов
6.Исследовательский	Е) свободное обсуждение проблем

11 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ТИПОМ ОБУЧЕНИЯ И ЕГО ХАРАКТЕРИСТИКАМИ. (УК-1, УК-2, УК-3)

Тип обучения	Сущностные характеристики и признаки
1) Проблемное обучение	а) постановка проблемных задач Б) зона ближайшего развития личности ребенка В) ученик – субъект познания, собственной жизнедеятельности, культуры в целом
2) Развивающее обучение	Г) усвоение не только конкретных знаний и действий, но и овладение умениями конструировать учебную деятельность и управлять ею Д) создание на уроках учебно-социальных ситуаций Е) опора на опыт личности обучающегося
3) Личностно ориентированное обучение	Ж) частично – поисковый метод З) содержанием обучения выступают теоретические знания и обобщенные способы их применения при решении учебных задач

12 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ СПОСОБАМИ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ. (УК-1, УК-2, УК-3)

Способы учебной деятельности	Основные характеристики учебной деятельности
1) Коллективная	а) взаимообучение
2) Индивидуально-обособленная	Б) пары сменного состава В) общеклассная форма обучения
3) Парная	Г) индивидуальная форма обучения (работа «один-на-один»)
4) Групповая	Д) фронтальная

13 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ПОДХОДАМИ К ВОСПИТАНИЮ И ЕГО ХАРАКТЕРИСТИКАМИ: (УК-1, УК-2, УК-3)

Подходы к осуществлению воспитания	Используемые термины и определения
1) Технократическая педагогика	А) «функциональный человек» Б) самоактуализация человека В) принцип модификации поведения учащихся
2) Гуманистическая педагогика	Г) саморазвитие Д) манипулирование

14 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ НАПРАВЛЕНИЯМИ ВОСПИТАНИЯ И ЗАДАЧАМИ: (УК-1, УК-2, УК-3)

Направление воспитания	Задачи воспитания
1) Идеологическое воспитание	а) формирование социальной активности и ответственности Б) развитие потребностей в самовоспитании
2) Гражданское и патриотическое воспитание	В) привитие основополагающих ценностей, идей, убеждений, отражающих сущность белорусской

	государственности
	Г) развитие потребностей в саморазвитии
	Д) формирование психологической культуры личности
3) Воспитание культуры самопознания и саморегуляции личности	Е) формирование правовой, информационной, политической культуры обучающихся
	Ж) воспитание патриотизма
	З) освоение учащимися знаний о мировоззренческих основах идеологии белорусского государства

ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ для промежуточной аттестации

Задание 1

Семинар по иностранному языку. Перед преподавателем не только его группа, но и группа заболевшего преподавателя. Ребята ведут себя отвратительно: говорят в полный голос, ругаются, перекидываются записками, самолетиками и т. д.

Особенно выделяется один юноша. Преподаватель, стараясь не обращать внимания, ведет семинар, время от времени грозя всей галерке двойками. Очередное задание – подготовить пересказ текста. Через какое-то время преподаватель спрашивает самого шумного студента, готов ли он к пересказу. Тот отвечает, что может пересказать только первое предложение.

Преподаватель : «Значит, я ставлю тебе два».

Студент: «Нет, в таком случае я перескажу».

Преподаватель : «Поздно. Раньше надо было думать»

Студент: «Да я перескажу».

Такая перепалка продолжается еще несколько минут, в результате преподаватель ставит 46 баллов, а студент, уходит из аудитории, хлопает дверью.

Преподаватель , ничего не сказав, продолжает занятие.

Задание:

- определите стиль поведения преподавателя,
- пути более эффективного решения конфликтной ситуации
- что можно сказать об атмосфере в группе?
- на какой тип взаимоотношений со студентами ориентирован преподаватель?
- обоснуйте свой ответ.

Задание 2

Практическое занятие по иностранному языку.

Преподаватель просит тянущего руку студента начать чтение текста. Юноша заикается, и, чем больше он волнуется, тем сильнее. Возникает заминка.

Преподаватель ждет некоторое время, наблюдая за попытками юноши преодолеть первое слово, а затем начинает кричать, что он наверняка опять не сделал домашнее задание.

В аудитории кто-то начинает посмеиваться, кто-то опускает глаза. Юноша испуганно «прожевывает» трудное слово и пытается читать дальше.

Задание:

- определите стиль поведения преподавателя
- укажите эффективные пути решения выхода из конфликтной ситуации.
- что можно сказать об атмосфере в группе?
- на какой тип взаимоотношений со студентами ориентирован преподаватель?
- обоснуйте свой ответ.

Задание 3

В студенческой группе есть студент с ограниченными возможностями здоровья, и студенты из группы не упускают случая поиздеваться над физически и психологически неразвитым студентом.

Когда преподаватель спрашивает его, он запинаясь, боясь, что все будут лишь смеяться над его ответом. Преподаватель только вздыхает, упрекает и ставит 42 балла.

Задание:

- определите стиль поведения преподавателя
- укажите формы, методы взаимодействия преподавателя с данным студентом и с группой
- что можно сказать об атмосфере в группе?
- на какой тип взаимоотношений со студентами ориентирован преподаватель?
- обоснуйте свой ответ.

Задание 4

На семинаре с конца ряда передается записка. Студенты, молча читают ее, смотрят на потолок и хихикают, после чего передают записку дальше, не особо скрывая ее от преподавателя. Преподаватель видит записку, забирает ее, разворачивает и видит сообщение «*посмотри на потолок*». Он смотрит на потолок, в это время группа разражается взрывом хохота.

Преподаватель выходит из себя. Пытается узнать, кто был инициатором этой идеи, грозит поставить плохие отметки.

Задание:

- как Вы думаете, чего хотели добиться студенты, создавая данную ситуацию
- как Вы считаете, как должен был поступить преподаватель в данной ситуации
- что можно сказать об атмосфере в группе?
- на какой тип взаимоотношений со студентами ориентирован преподаватель?
- обоснуйте свой ответ.

Задание 5

Семинар. Примерно за 10 минут до конца урока, преподаватель вызывает к доске студента. Он должен решить задачу.

Звонит звонок. Преподаватель просит всех выйти из аудитории, а студента остаться и решить задачу. Но студенты группы не уходят, а обступают студента, который стоит у доски. Звучат реплики: «Это же элементарно» и т. д. В результате это начинает раздражать студента, и он просит преподавателя, что бы она попросила остальных выйти из аудитории.

Преподаватель подходит к толпе и смотрит на доску: «Вы даже задачу не можете правильно переписать». Студенты начинают смеяться, а юноша хватается за рюкзак и выбегает из аудитории.

Задание:

- что можно сказать об атмосфере в группе?
- на какой тип взаимоотношений со студентами ориентирован преподаватель?
- обоснуйте свой ответ.

Задание 6

Студент отвечает на вопросы преподавателя. Материал он знает, но не может его подать; веселит своим ответом остальную группу и преподавателя. Юноша доволен собой и продолжает в том же духе. Когда ему ставят «4», он не понимает за что: он отвечал, преподаватель ему улыбался, – значит, ему понравился ответ.

На его недоумение преподаватель отвечает, что он допустил много ошибок. Студенты

группы заступились за него и попросили поставить «5», но преподаватель остался при своем мнении. Юноша обиделся.

Задание:

- какие методы могут нормализовать отношения преподавателя и отвечающего студента
- как Вы думаете, преподаватель должен реагировать на обиду студента
- что можно сказать об атмосфере в группе?
- на какой тип взаимоотношений со студентами ориентирован преподаватель?
- обоснуйте свой ответ.

Задание 7

Идет лекция, преподаватель рассказывает новую тему, а студент не слушает его и играет в телефон.

Задание:

- Ваши действия на данную ситуацию

Задание 8

Несколько студентов опоздали на урок на 15 минут...

Задание:

- перечислите педагогические методы, которые возможно использовать в данной ситуации.

Задание 9

В самом начале занятия или уже после того, как вы провели несколько занятий, студент заявляет вам: «Я не думаю, что вы, как педагог, сможете нас чему-то научить».

Задание:

- как должен поступить преподаватель в данной ситуации.

Задание 10

Преподаватель дает студенту задание, а тот не хочет его выполнять и при этом заявляет: «Я не хочу это делать!»

Задание:

- определите наиболее эффективные методы, приемы урегулирования отношений
- на какой тип взаимоотношений со студентами ориентирован преподаватель?
- обоснуйте свой ответ.

Задание 11

Студент разочарован своими учебными успехами, сомневается в своих способностях и в том, что ему когда-либо удастся как следует понять и усвоить материал, и говорит преподавателю: «Как Вы думаете, удастся ли мне когда-нибудь стать хорошим врачом и не отставать от остальных студентов на курсе?»

Задание:

- Продолжите диалог
- Какие методы и приемы Вы рекомендуете использовать

Задание 12

Студент говорит о том, что данный предмет ему в профессиональной деятельности не пригодится и учить он его не хочет.

Задание:

- определите методы убеждения
- укажите приемы формирования профессиональной компетенции

Задание 13

«Раньше я была очень слабой и доброй. Я не умела ни выразиться крепко, ни защитить себя. Сейчас я совсем другая, все меня побаиваются... Можно быть талантливым, даже трижды талантливым, но если при этом у тебя нет хоть чуть-чуть жестокости, если ты не сильная личность, то ты ломаного гроша не стоишь... Наше время – это время сильных людей, которые умеют отстоять свое место в жизни».

«Мне кажется, что я могу ответить на вопрос: почему мои сверстники не хотят особенно чего-то достигать, что-то делать, из-за чего-то стараться».

Для нас не существует этого «чего-то»... Если бы мы жили в период войны, мы были бы другими. Тогда всем все было ясно – или ты честный защитник своей Родины, или ты предатель. А сейчас что защищать, кого?»

Вопросы и задания

1. О чем свидетельствуют эти суждения?
2. Сравните суждения и сделайте выводы.
3. Что можно сказать о ценностных ориентациях молодежи?
4. Какие педагогические советы можно дать в первом и во втором случае?

Задание 14

В один дом был приглашен на семейное торжество очень способный молодой человек. Собралось много гостей, и все долго не садились, дожидаясь его. Но он опаздывал. Так и не дождавшись, утомившиеся гости наконец заняли свои места. Юноша явился спустя час. Он не пытался извиниться за опоздание, лишь весело бросил на ходу: – Встретил знакомого, знаете (он небрежно назвал имя известного ученого), да и заболтался. Потом он, с трудом протискиваясь между мебелью и причиняя неудобство гостям, обошел стол и каждому сидящему фамильярно протягивал руку. За столом вел себя оживленно, говорливо и на весь вечер завладел застольной беседой. Другим он почти не давал и рта раскрыть – говорил сам или комментировал каждое слово окружающих.

Вопросы и задания

1. Дайте оценку поведения юноши.
2. Что необходимо знать каждому человеку об общении с людьми?
3. Что может служить причиной такого типа поведения молодого человека?
4. Что бы вы делали, оказавшись в компании такого человека?

Задание 15

Мы много спорили с подругой – какую профессию выбрать. И то вроде не подходит, и это...

– Я точно знаю, куда не пойду: в учителя – не хочу портить нервы; не пойду в химическое производство, так как от общения с химическими препаратами можно потерять здоровье; на фабрику не пойду, так как там превратишься в робота, выполняя механическую и однообразную работу. Я хочу, чтобы на моей работе не портилось здоровье и было интересно. Хотелось, чтобы она была связана с животными и большим количеством поездок.

– Тогда тебе нужно идти работать мед. представителем! – воскликнула подруга и добавила, – а по мне – лишь бы получать прилично.

Я потом долго думала. Сомневаюсь, есть ли у меня талант для мед представителя. Может быть, подруга права, и, если нет призвания, надо думать о зарплате?

Вопросы и задания

1. Каковы мотивы выбора профессии у девушек?
2. Какой прием педагогического воздействия был использован в данной ситуации?

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Институт последипломного образования

Приложение 1

**к рабочей программе дисциплины
Патология (модуль: Клиническая
патофизиология)**

**Оценочные средства и методические материалы для проведения
промежуточной аттестации по дисциплине
«Патология»**

модуль: «Клиническая патофизиология»

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Квалификация выпускника: врач – невролог

Направление подготовки: 31.08.42 Неврология

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.Б.5

1. Паспорт ОС по дисциплине «Патология» (модуль – Клиническая патофизиология)

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1 год обучения
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	1 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - клиническое значение патофизиологических исследований в единой системе диагностики и лечения заболеваний на основе принципов доказательной медицины <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики для диагностики заболеваний и контроля за эффективностью проводимого лечения 	<p><i>Комплекты:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. тестовых заданий 2. ситуационных задач 	<p><i>Зачет</i></p> <p>1 или 2 семестры (в соответствии с годовым расписанием)</p>
2.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - вопросы общей и частной патофизиологии с учётом возрастных особенностей организма; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - провести квалифицированную диагностику заболеваний с нарушениями терморегуляции, воспаления, нарушения гомеостаза, синдрома полиорганной недостаточности, на основе современных объективных клинко-физиологических, клинко-лабораторных и функциональных методов обследования пациентов; <p>Владет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами диагностики нарушений в системе терморегуляции, воспаления, синдроме полиорганной недостаточности при использовании результатов объективных клинко-физиологических, функциональных, и клинко-лабораторных методов обследования пациентов; - основными подходами в диагностике смежных заболеваний при использовании результатов объективных клинко-физиологических, функциональных, и клинко-лабораторных методов 	<p><i>Комплекты:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. тестовых заданий 2. ситуационных задач 	<p><i>Зачет</i></p> <p>1 или 2 семестры (в соответствии с годовым расписанием)</p>

		исследования		
--	--	--------------	--	--

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание

Примеры тестовых заданий с инструкцией по выполнению для ординаторов, эталонами ответов и оценочными рубриками для каждого задания: Оценка сформированности ПК-5

1. Что относится к дистантным эффектам цитокинов?
 - a) Угнетение синтеза белков гепатоцитами
 - b) Угнетение гемопоэза
 - c) Субфебрильная температура, психическая возбужденность
 - d) Развитие иммунного ответа
2. Различие между эффектом действия адреналина и норадреналина:

А.адреналин.

Б норадреналин

- 1.увеличение систолического давления
- 2.увеличение сосудистого кровотока и работы сердца
3. расслабление бронхиальной мускулатуры
4. мидриаз
- 5 снижение диастолического давления
6. увеличение диастолического давления.
- 7.рефлекторная брадикардия.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. При доле правильных ответов менее 71% ординатор на следующий этап зачета не допускается.

2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Компьютерный тест проводится на заключительном занятии цикла. Имеются вариант тестов из 20 вопросов. Продолжительность тестирования – 20 минут. На каждый вопрос необходимо дать один правильный ответ. Тестовый контроль считается успешно пройденным, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. В случае не сдачи зачета ординатор должен пересдать тест до достижения результата не менее 71% правильных ответов. График отработок теста вывешивается на кафедре заранее.

2.2. Оценочное средство: комплект ситуационных задач.

2.2.1. Содержание

Примеры ситуационных задач (УК-1, ПК-5):

Задача 1. У ребенка 6 лет появилась одышка, кашель, боль в груди, озноб, температура тела повысилась до 39,8⁰С. Вызванный врач диагностировал острую пневмонию. Мать заметила, что повышение температуры сопровождалось увеличением диуреза. Объясните механизм полиурии при лихорадке. Какой стадии лихорадки это соответствовало?

Ответ:

В данном случае полиурия сопровождала *I стадию лихорадки* (стадию повышения температуры). Подъём температуры тела при лихорадке происходит, главным образом, за счет спазма периферических сосудов (при этом значительно уменьшается теплоотдача). В то же время, ограничение артериального притока к коже приводит к перераспределению крови в сосудистом русле и централизации кровотока → повышается гидростатическое

давление в аорте → увеличивается эффективное фильтрационное давление → возрастает диурез.

Задача 2. В стационар поступила женщина А. 42 лет с лихорадкой интермитирующего типа. А. заболела остро (десять дней тому назад) после перенесенной респираторно-вирусной инфекции. Лечение в амбулаторных условиях антибиотиками из группы макролидов, антигистаминными и НПВП должного эффекта не дали.

Жалобы при поступлении на миалгии и боли во всех группах суставов.

При осмотре: пятнисто-папулезная сыпь на боковых поверхностях грудной клетки и внутренних поверхностях бедер, усиливающаяся при повышении температуры тела; увеличение периферических лимфоузлов, печени (+3 см) и селезенки (+1,5 см), расширение границ сердца, тахикардия (до 140 сокращений) сердца в минут.

Общий анализ крови: лейкоциты $27 \cdot 10^9/\text{л}$ (п/я нейтрофилы 9%, с/я нейтрофилы 92%), СОЭ 65мм/час, Hb 90г/л, эритроциты $3,9 \cdot 10^{12}$, Тромбоциты $600 \cdot 10^9$; биохимические показатели крови: повышен уровень фактора некроза опухолей-альфа, интерлейкинов 1, 6 и 17.

Диагноз при поступлении: ревматоидный артрит (?).

Вопросы:

1. Назовите симптомы патологического процесса и объясните их патогенез.
2. Оцените результаты общего анализа крови и объясните патогенез изменений.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Компетенция	Высокий уровень (10-7)	Средний уровень (6-4)	Низкий уровень (3-1)	0 баллов
УК-1	<u>Умеет</u> Самостоятельно и без ошибок анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики	<u>Умеет</u> Самостоятельно анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики, но совершает отдельные ошибки	<u>Умеет</u> анализировать и интерпретировать <u>под руководством преподавателя</u> результаты наиболее распространенных современных методов диагностики	<u>Не умеет</u> анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики
ПК-5	<u>Умеет</u> самостоятельно и без ошибок провести квалифицированную диагностику заболеваний с нарушениями терморегуляции, воспаления, нарушения гомеостаза, синдрома полиорганной недостаточности на основе современных	<u>Умеет</u> самостоятельно провести квалифицированную диагностику заболеваний с нарушениями терморегуляции, воспаления, нарушения гомеостаза, синдрома полиорганной недостаточности на основе современных объективных	<u>Умеет</u> <u>под руководством преподавателя</u> провести квалифицированную диагностику заболеваний с нарушениями терморегуляции, воспаления, нарушения гомеостаза, синдрома полиорганной недостаточности на основе	<u>Не умеет</u> провести квалифицированную диагностику заболеваний с нарушениями терморегуляции, воспаления, нарушения гомеостаза, синдрома полиорганной недостаточности и на основе современных

	<p>объективных клинико-физиологических, клинико-лабораторных и функциональных методов обследования пациентов</p> <p><u>Владеет</u> основными подходами в диагностике смежных заболеваний при использовании результатов объективных клинико-физиологических, функциональных, и клинико-лабораторных методов исследования</p>	<p>клинико-физиологических, клинико-лабораторных и функциональных методов обследования пациентов, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p> <p><u>Владеет</u> основными подходами в диагностике смежных заболеваний при использовании результатов объективных клинико-физиологических, функциональных, и клинико-лабораторных методов исследования <u>но совершает отдельные ошибки</u></p>	<p>современных объективных клинико-физиологических, клинико-лабораторных и функциональных методов обследования пациентов</p> <p><u>Владеет</u> основными подходами в диагностике смежных заболеваний при использовании результатов объективных клинико-физиологических, функциональных, и клинико-лабораторных методов исследования <u>с помощью преподавателя</u></p>	<p>объективных клинико-физиологических, клинико-лабораторных и функциональных методов обследования пациентов по специальности</p> <p><u>Не владеет</u> основными подходами в диагностике смежных заболеваний при использовании результатов объективных клинико-физиологических, функциональных, и клинико-лабораторных методов исследования</p>
--	--	---	---	--

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

На подготовку по практико-ориентированному заданию ординатору дается 20 мин, продолжительность ответа – 10 мин.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

К зачету по дисциплине «Патология» (модуль: Клиническая патофизиология) допускается ординатор, не имеющий пропусков занятий. Итоговая отметка определяется с учетом результатов тестирования и выполнения ситуационных задач.

Отметка «зачтено» по дисциплине выставляется ординатору, имеющему результаты тестирования не менее 71% правильных ответов и показавшему высокий, средний или низкий уровень формирования компетенции.

ТЕСТЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Оцениваемые компетенции: ПК-5

Выберите один верный ответ.

2. Какого механизма воздействия цитокинов не существует?
 - a) Аутокринный
 - b) Дистантный
 - c) Мезокринный
 - d) Паракринный
3. Что относится к дистантным эффектам цитокинов?
 - e) Угнетение синтеза белков гепатоцитами
 - f) Угнетение гемопоза
 - g) Субфебрильная температура, психическая возбужденность
 - h) Развитие иммунного ответа
4. С увеличения продукции какого гормона начинается стресс-реакция?
 - a) АКТГ
 - b) СТГ
 - c) Вазопрессин
 - d) Окситоцин
5. К «продромальному синдрому» не относят?
 - a) Лихорадка
 - b) Запоры
 - c) Миалгии, артралгии
 - d) Общая слабость, разбитость
6. К объективным проявлениям ответа острой фазы относится?
 - a) Гипогаммаглобулинемия
 - b) Гипоальбуминемия
 - c) Снижение СОЭ
 - d) Лейкопения
7. С какой стадии начинается ДВС-синдром?
 - a) Коагулопатия потребления
 - b) Гипокоагуляции
 - c) Гиперкоагуляции и тромбообразования
 - d) Интенсивное потребление факторов системы гемостаза
8. Какие провоспалительные цитокины являются ключевыми?
 - a) ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО- β
 - b) ИЛ-1, ИЛ-10, ФНО- β
 - c) ИЛ-6, ИЛ-10, ФНО- α
 - d) ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО- α
9. Какого механизма развития дыхательной недостаточности при «дефиците сурфактанта» не существует?
 - a) Альвеолярная гиповентиляция
 - b) Нарушение перфузии легких
 - c) Повышение диффузионной способности альвеоло-капиллярных мембран
 - d) Нарушение вентиляционно-перфузионных отношений
10. Особенности углеводного обмена при СПОН являются?
 - a) Усиление глюконеогенеза
 - b) Усиление глюкогонолиза
 - c) Снижение использования глюкозы тканями

- d) Повышение использования глюкозы тканями
11. К проявлениям 2 стадии ДВС-синдрома относят?
- a) Гиперфибриногенемия
 - b) Повышение концентрации в крови антитромбина 3
 - c) Кровотечение из поврежденных сосудов
 - d) Значительный тромбоцитоз

Сопоставьте термин и определение

12. Механизм действия цитокинов:

- 1. аутокринный
 - 2. паракринный
 - 3. дистантный
- A. действие на продуцирующую клетку
B. действие на близрасположенные клетки
B. действие на расстоянии за счет кровотока.
Г. Эндокринный.

13. Различие между эффектом действия адреналина и норадреналина:

- A. адреналин.
B. норадреналин
- 1. увеличение систолического давления
 - 2. увеличение сосудистого кровотока и работы сердца
 - 3. расслабление бронхиальной мускулатуры
 - 4. мидриаз
 - 5. снижение диастолического давления
 - 6. увеличение диастолического давления.
 - 7. рефлекторная брадикардия.

14. Разделите белки острой фазы на группы:

- A. негативная
B. позитивная
- 1. церулоплазмин
 - 2. альбумин
 - 3. трансферрин
 - 4. C3 комплемент

15. Стадии развития РДС и их характеристики:

- A. 1 стадия
B. 2 стадия
B. 3 стадия
- 1. тахикардия. тахипноэ
 - 2. одышка в покое
 - 3. спутанность сознания
 - 4. на рентгенограмме усиление легочного рисунка
 - 5. на рентгенограмме слияние очаговых теней
 - 6. эйфория
 - 7. ослабление дыхания аускультативно

Выберите все верные ответы

16. Перечислите дистантные эффекты цитокинов:

- А. адгезия лейкоцитов
- Б.склонность к кровотечению.
- В.пролиферация лимфоцитов
- Г.активация белков острой фазы
- Д.ускорение роста
- Е. нарушение памяти

17. Перечислите белки острой фазы, количественные изменения которых связано как с дефицитом или избытком железа, так и с воспалением.

- А.трансферрин
- Б.гаптоглобин
- В церулоплазмин
- Г.СРБ
- Д лактоферрин

18. Характеристика ответа острой фазы:

- А. лейкопения
- Б.гипоальбуминемия
- В.увелочение СОЭ
- Г моноцитоз
- Дгипергаммаглобулинемия

19.Стимулянты синтеза сурфактанта:

- А. катехоламины
- Б.инсулин
- В.глюкокортикоиды
- Г.Эстрогены
- Д андрогены

20.Перечислите стадии ДВС в порядке появления:

- А. Тромбообразование
- Б гиперкоагуляция
- В Гипокоагуляция
- Г коагулопатия потребления

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Оцениваемые компетенции: УК-1, ПК-5

Задача 1. У ребенка 6 лет появилась одышка, кашель, боль в груди, озноб, температура тела повысилась до $39,8^{\circ}\text{C}$. Вызванный врач диагностировал острую пневмонию. Мать заметила, что повышение температуры сопровождалось увеличением диуреза. Объясните механизм полиурии при лихорадке. Какой стадии лихорадки это соответствовало?

Задача 2. В стационар поступила женщина А. 42 лет с лихорадкой интермитирующего типа. А. заболела остро (десять дней тому назад) после перенесенной респираторно-вирусной инфекции. Лечение в амбулаторных условиях антибиотиками из группы макролидов, антигистаминными и НПВП должного эффекта не дали. Жалобы при поступлении на миалгии и боли во всех группах суставов. При осмотре: пятнисто-папулезная сыпь на боковых поверхностях грудной клетки и внутренних поверхностях бедер, усиливающаяся при повышении температуры тела;

увеличение периферических лимфоузлов, печени (+3 см) и селезенки (+1,5 см), расширение границ сердца, тахикардия (до 140 сокращений) сердца в минут. Общий анализ крови: лейкоциты $27 \cdot 10^9/\text{л}$ (п/я нейтрофилы 9%, с/я нейтрофилы 92%), СОЭ 65 мм/час, Hb 90 г/л, эритроциты $3,9 \cdot 10^{12}$, Тромбоциты $600 \cdot 10^9$; биохимические показатели крови: повышен уровень фактора некроза опухолей-альфа, интерлейкинов 1, 6 и 17. Диагноз при поступлении: ревматоидный артрит (?).

Вопросы:

1. Назовите симптомы патологического процесса и объясните их патогенез.
2. Оцените результаты общего анализа крови и объясните патогенез изменений.

Задача 3. Мальчик М. 5 лет, осмотрен педиатром в связи с жалобами на заложенность и выделения из носа, чихание.

Впервые вышеуказанные симптомы появились 2 года назад в апреле. Мальчика беспокоил сильный зуд и жжение глаз, слезотечение, светобоязнь, гиперемия конъюнктивы. Позднее к описанным клиническим проявлениям присоединились зуд в области носа и носоглотки, заложенность носа, затрудненное носовое дыхание. Некоторое облегчение приносили антигистаминные препараты и сосудосуживающие капли местно. В июне симптомы заболевания прекратились. Мать ребенка страдает экземой, а у самого ребенка до 3 лет отмечался атопический дерматит.

При осмотре: мальчик нормального телосложения. Кожные покровы чистые, сухие. Дыхание через нос затруднено, мальчик чихает, почесывает нос. Из носа обильные водянистые выделения. Веки отечны, конъюнктивита гиперемирована, слезотечение. Одышки нет. Дыхание в легких пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, громкие. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Задания:

1. Назовите патологическое состояние, возникшее у ребенка.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза?
3. Объясните механизм нарушений.

Задача 4. Больная л., 34 лет. Жалуется на избыточную массу тела, повышенную утомляемость, периодическую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема пищи. Аппетит нормальный. Ограничения в питании переносит хорошо. Масса тела значительно увеличилась 5 лет тому назад после родов. Любит мучные изделия, сладости. Отец и мать страдают ожирением 1-2 ст. Младший брат имеет ожирение 1 ст. Объективно. Рост - 168 см, масса тела - 96 кг. Отложение подкожной жировой клетчатки равномерное. Кожа обычной окраски и влажности. Пульс - 78 ударов в мин., ритмичный. АД - 135/80 мм.рт.ст. ГОСТ в пределах нормы. Тоны сердца ослаблены. Дыхание везикулярное. Нижний край печени выступает из-под реберной дуги на 2 см, безболезненный. Вторичные половые признаки развиты нормально. Щитовидная железа не увеличена.

Дополнительные исследования. Тест с сахарной нагрузкой: натощак - 5.5 ммоль/л, через 2 часа - 7.5 ммоль/л

Задания:

3. Назовите патологическое состояние, возникшее у ребенка.
4. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза?
3. Объясните механизм нарушений.

Задача 5. Пациенту, обратившемуся к врачу с жалобами на повышенную утомляемость, слабость, провели исследование крови. При исследовании получены следующие результаты:

Эритроциты м. 4,5-5,0Т/л ж.3,5 -4,5 Т/л	Гемоглобин м. 130— 160 г/л ж. 120 -140 г/л	Цветовой показатель 0,86-1.1	Ретикулоциты 0,2-10%	Тромбоциты 200-300 Г/л
2,8 Т/л	56 г/л	?	0,2 %	300 Г/л

Анизоцитоз +++ (микроциты)

пойкилоцитоз +++

Проэритроциты - единичные

Лейкоциты	базофилы	эозинофилы	нейтрофилы				Лимфоциты	Моноциты
			миело- циты	метами- елоциты	палочко- ядерные	сегменто- ядерные		
Норма 4,5- 9,0Г/л	0,5-1,0 %	1,0- 5,0%	-	-	1,0-5,0%	50-72%	18-38%	2—10%
3,6 Г/л	-	3	-	-	4	56	29	8

скорость оседания эритроцитов (СОЭ) -15 мм/ч (м. 1—10 мм/час) (ж. 2—15 мм/час)

Содержание железа в плазме крови 160 мкг/л (в норме 1000 мкг/л или 2,86 мкмоль/л)

Задания:

- 1) Определите отклонения от нормы
- 2) Назовите патологическое состояние, возникшее у пациента
- 3) Дайте характеристику патологического состояния по существующим классификациям

Задача 6. Пациенту, находящемуся в реанимационном отделении, провели исследование крови. При исследовании получены следующие результаты:

Эритроциты м. 4,5-5,0Т/л ж.3,5 -4,5 Т/л	Гемоглобин м. 130— 160 г/л ж. 120 -140 г/л	Цветовой показатель 0,86-1.1	Ретикулоциты 0,2-10%	Тромбоциты 200-300 Г/л
2,5 Т/л	60 г/л	?	5,5 %	280 Г/л

Анизоцитоз ±

Проэритроциты - 4-5 на 100 клеток

Полихроматофилия ++

Лейкоциты	базофилы	эозинофилы	нейтрофилы				Лимфоциты	Моноциты
			миело- циты	метами- елоциты	палочко- ядерные	сегменто- ядерные		
Норма 4,5-9,0 Г/л	0,5-1,0 %	1,0- 5,0%	-	-	1,0-5,0%	50-72%	18-38%	2—10%
15,2 Г/л	1	2	1	8	13	57	12	6

скорость оседания эритроцитов (СОЭ) - 20 мм/ч (м. 1—10 мм/час) (ж. 2—15 мм/час)

Задания:

- 1) Определите отклонения от нормы
- 2) Назовите патологическое состояние, возникшее у пациента
- 3) Дайте характеристику патологического состояния по существующим классификациям

Задача 7. При исследовании крови у пациента онкологического отделения получены следующие результаты:

Лейкоциты	базофилы	эозинофилы	нейтрофилы				Лимфоциты	Моноциты
			миело-циты	метами-елоциты	палочко-ядерные	сегменто-ядерные		
Норма 4,5-9,0 Г/л	0,5-1,0 %	1,0-5,0%	-	-	1,0-5,0%	50-72%	18-38%	2—10%
	0,022-0,095 Г/л	0,045-0,07 Г/л	-	-	0,045-0,47 Г/л	2,23 - 6,8 Г/л	0,81 - 3,6 Г/л	0,09- 0,5 Г/л
11 Г/л	-	1	-	-	8	61	26	4

токсогенная зернистость в цитоплазме лейкоцитов

скорость оседания эритроцитов (СОЭ) – 20 мм/ч (м. 1—10 мм/час) (ж.2—15 мм/час)

Задания:

- 1) Определите отклонения от нормы
- 2) Назовите патологическое состояние, возникшее у пациента
- 3) Дайте характеристику патологического состояния по существующей классификации

Задача 8. У больного отмечается отсутствие реакции больного на просьбу, произнесенную обычным или громким голосом, и выполнение ее в ответ на тихую или шепотную речь.

Задание:

- 1) Объясните механизм данного симптома

Задача 9. У больного 52 лет, директора школы, курильщика, в течение двух месяцев наблюдаются приступы сжимающих болей за грудиной, связанные с быстрой ходьбой, подъемами по лестнице. Боль иррадирует в левую руку, лопатку, длится 3-5 мин, проходит после приема нитроглицерина или в покое. За неделю до поступления в клинику приступы загрудинных болей участились до 3-6 раз в сутки, дважды возникали в покое. Боль стала интенсивнее, за сутки принимал до 8-10 таблеток нитроглицерина.

При осмотре состояние удовлетворительное, повышенного питания, рост 165 см, масс тела – 90 кг, цианоза нет. ЧД – 18 в 1 мин. Легкие без патологии. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Ритм правильный. ЧСС-82 уд/мин. АД –130/80 мм рт. ст. Печень не увеличена, отеков нет.

В крови: холестерин – 7,5 ммоль/л (норма –5,6 ммоль/л). Тропониновый тест отрицательный.

Задания:

- 1) Назовите патологическое состояние, возникшее у пациента.

- 2) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза?
- 3) Объясните механизм нарушений.

Задача 10. У пациента 42 лет с приобретенным пороком митрального клапана (недостаточность митрального клапана) в результате ранее перенесенного ревматизма обнаружены изменения: расширение границ сердца, увеличение печени, асцит, снижение суточного диуреза, выраженные отеки нижних конечностей; в крови - увеличение уровня альдостерона.

Задания:

- 1) Охарактеризуйте состояние сердечно-сосудистой системы.
- 2) Обоснуйте механизмы возникших изменений.

Принципы патогенетической терапии.

Задача 11. Больная С., 25 лет, поступила в клинику с жалобами на головные боли, боли в поясничной области, отеки на лице, общую слабость. Месяц тому назад перенесла ангину.

При поступлении АД - 180/110 мм. рт. ст. Анализ крови: эритроциты – 3,1 Т/л, лейкоциты – 12,6 Г/л, СОЭ - 28 мм/час. В моче – выраженная протеинурия, микрогематурия, лейкоцитурия.

Задания:

- 1) О каком патологическом процессе идет речь? Обоснуйте свое заключение.

Каковы причины и механизмы повышения артериального давления в данном случае?

Задача 12. Пациент М., 62 лет. Жалуется на тяжесть в голове, пошатывание при ходьбе, периодическую тошноту, пелену перед глазами. Около 5 лет назад при профилактическом осмотре отмечено повышение артериального давления. Были назначены гипотензивные препараты, которые не дают эффекта. АД сам не измеряет.

При обследовании: выглядит старше своих лет, повышенного питания, индекс массы тела 32,6 кг/м². Границы сердца не расширены, при аускультации сердца: 1-й тон ослаблен, акцент 2-го тона над аортой, систолический шум в проекции правой почечной артерии (от середины расстояния от пупка до мечевидного отростка 3 см вправо). Пульс 84 в минуту, ритмичный, напряженный, резистентность лучевой артерии повышена. АД 240/125 мм рт. ст. Моча без изменений. УЗИ почек: левая почка 11,5 X 6,4; правая 10,2 X 5,4, чашечно-лоханочная система не расширена.

Задания:

- 1) Развитие какой формы патологии можно предположить у пациента?
- 2) Объясните механизмы изменений.

Задача 13. На производстве произошел взрыв воспламеняющегося вещества. Находившийся рядом рабочий, 32 лет, взрывной волной был отброшен на несколько метров. Одежда загорелась. При осмотре врачом СМП: выявлены ожоги I – II – III степени лица, обеих верхних конечностей, передней поверхности грудной клетки.

Больной в сознании, заторможен. Жалобы на боли в местах, пораженных пламенем, сильные боли в животе. Цианоз и акроцианоз. Голос «осиплый». На задней стенке глотки следы копоти, OD = OS. Дыхание самостоятельное, затруднено, с участием вспомогательной мускулатуры, ЧДД –30 – 32/мин. Аускультативно с обеих сторон

выслушиваются сухие и влажные хрипы. Тоны сердца ясные. АД 100/40 мм рт. ст. Пульс 132 в минуту, слабого наполнения и напряжения. Живот при пальпации напряжен, болезненный, особенно в эпигастрии.

Задания:

- 1) Какую форму патологии можно предположить в данном случае? Объясните механизмы основных проявлений.

Задача 14. Мужчина К., 18 лет, во время автомобильной катастрофы получил множественные переломы конечностей, ушибы головы и туловища. В клинику доставлен через 1 час после травмы. Больной в тяжелом состоянии, без сознания. Кожные покровы бледные, покрыты холодным, липким потом. Зрачки узкие, с вялой реакцией на свет. Дыхание поверхностное. Тоны сердца приглушены. Пульс едва прощупывается. Артериальное давление - 60/40 мм рт. ст.

Задания:

- 1) Определите, о каком патологическом процессе идет речь.
- 2) Объясните механизм понижения артериального давления при данной патологии.

Задача 15. Больной Г., 42 лет, страдающий гипертонической болезнью, обратился к врачу с жалобами на прогрессирующее ожирение, слабость, повышенную физическую и умственную утомляемость, потливость, частые головные боли. Масса тела постепенно увеличивалась в течение последних 3 лет после того, как больной стал вести малоподвижный образ жизни.

При осмотре: рост 170 см, масса тела 97 кг. Распределение подкожного жира по мужскому типу. Имеется отеки стоп и голеней. В состоянии покоя отмечается одышка. Артериальное давление 190/95 мм рт. ст. Анализ крови на глюкокортикоиды и йодсодержащие гормоны щитовидной железы без особенностей. Общие анализы крови и мочи – без особенностей.

Задание:

- 1) Какая форма патологии имеется у больного?
- 2) Объясните механизмы возникших изменений.
- 3) Объясните механизм отеков.

Задача 16. Больная С., 18 лет обратилась к врачу с жалобами на сильную слабость, ощущение во рту сухости, жажду, частые мочеиспускания, судороги в икроножных мышцах, исхудание, фурункулез. При обследовании было обнаружено: температура тела 37,2⁰С, в легких дыхание везикулярное, пульс 80 уд. в мин, артериальное давление 120/80 мм рт. ст., живот мягкий, безболезненный, на спине и лице фурункулы.

Задания:

- 1) О каком заболевании можно думать в данном случае?
- 2) Какие дополнительные исследования необходимы?

Задача 17. У пациента выявлены увеличение размеров гипофиза и гиперплазия коры надпочечников. При дополнительном исследовании обнаружен ряд изменений:

- а) АД – 190/95 мм рт. ст.;
- б) содержание глюкозы 18,9 ммоль/л;
- в) глюкозурия;

- г) лунообразное лицо;
- д) рубцы багрового цвета на коже бёдер;
- е) гирсутизм.

Задания:

- 1) Определите, при какой патологии эндокринной системы наблюдаются указанные изменения.
- 2) Перечислите основные механизмы развития артериальной гипертензии и других проявлений.

Задача 18. Мужчина 35 лет доставлен в хирургическое отделение с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье, желтую окраску кожи и слизистых. При исследовании пигментного обмена были выявлены следующие изменения:

Пигменты	Кровь	Моча	Экскременты
Билирубин непрямой	норма	-	-
Билирубин прямой	+++	+++	-
Мезобилиноген	-	-	-
Стеркобилиноген	-	-	-
Желчные кислоты	+++	+++	-

Задания:

- 1) Перечислите отклонения от нормы.
- 2) Определите, какая форма патологии развилась у пациента.

Назовите причины данной патологии и объясните механизм ее развития.

Задача 19. У новорожденного ребенка длительное время отмечается желтая окраска кожи и слизистых. При исследовании пигментного обмена были выявлены следующие изменения:

Пигменты	Кровь	Моча	Экскременты
Билирубин непрямой	Повышен	-	-
Билирубин прямой	-	-	-
Мезобилиноген	-	-	-
Стеркобилиноген	Снижен	снижен	снижен
Желчные кислоты	-	-	-

Задания:

- 1) Перечислите отклонения от нормы
- 2) Определите, какая форма патологии развилась у пациента.

Назовите причины данной патологии и объясните механизм ее развития.

Задача 20. У обследуемого А. при исследовании функции внешнего дыхания получены следующие результаты:

Показатели	Должная	Фактическая	% от должной величины
Жизненная емкость легких	5,39	3,1	58 %
Объем форсированного выдоха за 1 с	4,22	3,02	72 %
ОФВ ₁ / ЖЕЛ (тест Тиффно)	80 %	97 %	121 %

Задания:

- 1) Определите тип нарушений функции внешнего дыхания.
- 2) Укажите возможные причины нарушений.

Задача 21. При исследовании состояния кислотообразующей функции желудка (рН-метрия) у пациента получены следующие результаты:

Показатель	Результат
Базальная рН в теле желудка	1,7 (нормацидность)
Базальная рН в антральном отделе	3,5(субкомпенсация ощелачивания)
Щелочное время натошак	25 мин (нормальная интенсивность продукции HCl)
Стимулированная рН в теле желудка	1,2 (гиперацидность)
Стимулированная рН в антральном отделе	1,9 (декомпенсация ощелачивания)
Щелочное время после стимуляции	9 мин (повышение продукции HCl)

Задания:

- 1) Определите отклонения от нормы.
- 2) Определите тип патологической секреции.
- 3) Предположите возможные механизмы нарушений.

Задача 22. При дообследовании больной 57 лет по поводу впервые выявленного сахарного диабета 2-го типа выставлен диагноз – метаболический синдром.

Задания:

1. Какие разновидности локального ожирения Вы знаете и какое из них характерно для метаболического синдрома?
2. Механизм нарушений липидного обмена при метаболическом синдроме.
3. Назовите сигнальные молекулы паракринного и эндокринного действия, участвующих в патогенезе МС. Основные эффекты лептина.
4. Риск развития каких заболеваний значительно возрастает у пациентов с диагнозом метаболический синдром?

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Институт последипломного образования

**Приложение 1
к рабочей программе дисциплины**

**Оценочные средства и методические материалы для проведения
промежуточной аттестации по дисциплине
«Патология»**

модуль: «Патологическая анатомия»

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Квалификация выпускника: врач – невролог

Направление подготовки: 31.08.42 Неврология

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.Б.5

1. Паспорт ОС по дисциплине «Патология» (модуль – Патологическая анатомия)

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1 год обучения
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	1 год обучения
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - клиническое значение патологоанатомического исследования в единой системе диагностики и лечения заболеваний на основе принципов доказательной медицины <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики для диагностики заболеваний и контроля за эффективностью проводимого лечения 	<p><i>Комплекты:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>тестовых заданий</i> 2. <i>ситуационных задач</i> 	<p><i>Зачет</i></p> <p><i>1 или 2 семестры (в соответствии с годовым расписанием)</i></p>
2.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - вопросы общей и частной патологической анатомии с учётом возрастных особенностей организма; - Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра; - этиологию, патогенез и патологическую анатомию заболеваний основных систем внутренних органов; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе современных объективных клинико-морфологических методов обследования пациентов; - провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз при использовании данных прижизненного 	<p><i>Комплекты:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>тестовых заданий</i> 2. <i>ситуационных задач</i> 	<p><i>Зачет</i></p> <p><i>1 или 2 семестры (в соответствии с годовым расписанием)</i></p>

		<p>морфологического исследования;</p> <p>- сформулировать клинический диагноз с выделением основного заболевания и его осложнений;</p> <p>Владеет:</p> <p>- методами диагностики заболеваний при использовании результатов прижизненного морфологического исследования;</p> <p>- основными подходами в диагностике смежных заболеваний при использовании результатов прижизненного морфологического исследования;</p>		
1.	ПК-10	<p>Знает:</p> <p>- основы законодательства о здравоохранении и основные документы, определяющие деятельность патологоанатомической службы;</p> <p>- общие вопросы деятельности патологоанатомической службы в условиях страховой медицины;</p> <p>- принципы медицинской статистики, учета и анализа основных показателей деятельности патологоанатомической службы;</p> <p>- вопросы этики и деонтологии в патологической анатомии;</p> <p>Умеет:</p> <p>- использовать этические нормы и правила осуществления патологоанатомических исследований в медицинских организациях</p>	<p><i>Комплекты:</i></p> <p><i>1. тестовых заданий</i></p> <p><i>2. ситуационных задач</i></p>	<p><i>Зачет</i></p> <p><i>1 или 2 семестры (в соответствии с годовым расписанием)</i></p>

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание

Примеры тестовых заданий с инструкцией по выполнению для ординаторов, эталонами ответов и оценочными рубриками для каждого задания: Оценка сформированности ПК-5

1. При исследовании ампутированной нижней конечности обнаружено, что ткани стопы суховаты, плотные, черного цвета, граница с нормальными тканями хорошо выражена. Выберите правильные для данной ситуации положения.

а. Диагноз: сухая гангрена стопы

б. В бедренной артерии обнаружен стенозирующий атеросклероз с тромбом

в. Цвет ткани при гангрене обусловлен сернистым железом

г. Изменения стопы - характерное проявление сахарного диабета

д. Причина изменений в стопе - тромбоз глубоких вен голени.

2. У больного 50 лет, ранее перенесшего трансмуральный инфаркт миокарда, отмечались одышка, отеки нижних конечностей, тяжесть в правом подреберье. Выявлено значительное расширение границ сердца, в области верхушки сердца обнаружено пульсирующее выбухающее образование. Внезапно

развилась правосторонняя гемиплегия, наступила потеря сознания и смерть. Все представленные ниже положения верны, за исключением:

а. На вскрытии выявлены хроническая аневризма сердца с пристеночным тромбом, ишемический инфаркт головного мозга.

б. Диагноз: крупноочаговый кардиосклероз на фоне атеросклероза венечных артерий; осложнения - хроническая аневризма сердца, ишемический инфаркт головного мозга.

в. Диагноз: хроническая аневризма сердца на фоне атеросклероза; осложнение - ишемический инфаркт головного мозга.

г. На вскрытии обнаружена мускатная печень, бурая индурация легких, цианотическая индурация почек и селезенки.

д. Ишемический инфаркт мозга развился вследствие тромбоза сосудов головного мозга из полости аневризмы.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. При доле правильных ответов менее 71% ординатор на следующий этап зачета не допускается.

2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Тестирование проводится на заключительном занятии цикла. Имеются вариант тестов из 20 вопросов. Продолжительность тестирования – 20 минут. На каждый вопрос необходимо дать один правильный ответ. Тестовый контроль считается успешно пройденным, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. В случае не сдачи зачета ординатор должен пересдать тест до достижения результата не менее 71% правильных ответов. График отработок теста вывешивается на кафедре заранее.

2.2. Оценочное средство: комплект ситуационных задач.

2.2.1. Содержание

Примеры ситуационных задач (УК-1, ПК-5, ПК-10):

Ситуационная задача № 1

На основании представленных данных рубрифицируйте патологоанатомический диагноз с выделением основного заболевания (основного комбинированного), осложнений основного заболевания и сопутствующей патологии.

Протокол вскрытия № 137. Умерший Ш-ий А.А., 84 года

Клинический диагноз:

Рак желудка. Желудочное кровотечение. Анемия. Деформирующий остеоартроз, распространенный с преимущественным поражением коленных, локтевых, голеностопных суставов. ИБС. Кардиосклероз. Экстрасистолия. Н I.

Патологоанатомический диагноз:

Правосторонняя тотальная крупозная пневмония (стадия серого опеченения). Правосторонний экссудативный фибринозно-гнойный плеврит (2 л гнойного экссудата). Острые эрозии и острые язвы слизистой оболочки желудка. Кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта. Острая постгеморрагическая анемия. Распространенный деформирующий артроз. Хронический бронхит: диффузно-очаговый пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких.

Ситуационная задача № 2

На основании заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов проведите и сравните с установлением принципа расхождения.

Протокол вскрытия № 75. Больной К., 56 лет.

Клинический диагноз:

Гипертоническая болезнь 3 ст. Атеросклероз аорты, коронарных сосудов, атеросклероз церебральных сосудов. Инфаркт миокарда? Атеросклеротический кардиосклероз. Н П А. Остаточные явления нарушения мозгового кровообращения. ХОБЛ. Эмфизема легких. Пневмосклероз. Опухоль средостения, трахеи. ДН 3 ст.

Патологоанатомический диагноз:

Основное заболевание. Повторный инфаркт миокарда: острый трансмуральный инфаркт передней стенки левого желудочка; множественные крупные рубцы в задней стенке левого желудочка. Резко выраженный коронарный атеросклероз.

Осложнения основного заболевания. Общее застойное венозное полнокровие внутренних органов. Гидроторакс. Гидроперикард.

Сопутствующие заболевания. Атеросклероз аорты. Ишемические инфаркты почек. Фибриллярно-протоплазматическая астроцитоза теменно-височной области левого полушария головного мозга. Хронический калькулезный холецистит.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Компетенция	Высокий уровень (10-7)	Средний уровень (6-4)	Низкий уровень (3-1)	0 баллов
УК-1	<u>Умеет</u> Самостоятельно и без ошибок анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики	<u>Умеет</u> Самостоятельно анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики, но совершает отдельные ошибки	<u>Умеет</u> анализировать и интерпретировать под руководством преподавателя результаты наиболее распространенных современных методов диагностики	<u>Не умеет</u> анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики
ПК-5	<u>Умеет</u> самостоятельно и без ошибок провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе современных объективных клинико-морфологических методов обследования пациентов <u>Владеет</u>	<u>Умеет</u> самостоятельно провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе современных объективных клинико-морфологических методов обследования пациентов, но совершает отдельные ошибки <u>Владеет</u>	<u>Умеет</u> под руководством преподавателя провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе современных объективных клинико-морфологических методов обследования пациентов	<u>Не умеет</u> провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе современных объективных клинико-морфологических методов обследования пациентов <u>Не владеет</u>

	методами диагностики заболеваний при использовании результатов прижизненного морфологического исследования	методами диагностики заболеваний при использовании результатов прижизненного морфологического исследования, но <u>совершает отдельные ошибки</u>	<u>Владеет</u> методами диагностики заболеваний при использовании результатов прижизненного морфологического исследования <u>с помощью преподавателя</u>	методами диагностики заболеваний при использовании результатов прижизненного морфологического исследования
ПК-10	<u>Умеет</u> Самостоятельно и без <u>ошибок</u> использовать этические нормы и правила осуществления патологоанатомических исследований в медицинских организациях	<u>Умеет</u> Самостоятельно использовать этические нормы и правила осуществления патологоанатомических исследований в медицинских организациях, <u>но совершает отдельные ошибки</u>	<u>Умеет</u> использовать этические нормы и правила осуществления патологоанатомических исследований в медицинских организациях <u>под руководством преподавателя</u>	<u>Не умеет</u> использовать этические нормы и правила осуществления патологоанатомических исследований в медицинских организациях

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

На подготовку по практико-ориентированному заданию ординатору дается 20 мин, продолжительность ответа– 10 мин.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

К зачету по дисциплине «Патология» (модуль: Патологическая анатомия) допускается ординатор, не имеющий пропусков занятий. Итоговая отметка определяется с учетом результатов тестирования и выполнения ситуационных задач.

Отметка «зачтено» по дисциплине выставляется ординатору, имеющему результаты тестирования не менее 71% правильных ответов и показавшему высокий, средний или низкий уровень формирования компетенции.

ТЕСТЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Оцениваемые компетенции: ПК-5

1. При исследовании ампутированной нижней конечности обнаружено, что ткани стопы суховаты, плотные, черного цвета, граница с нормальными тканями хорошо выражена. Выберите правильные для данной ситуации положения.

а. **Диагноз: сухая гангрена стопы**

б. В бедренной артерии обнаружен стенозирующий атеросклероз с тромбом

в. Цвет ткани при гангрене обусловлен сернистым железом

г. Изменения стопы - характерное проявление сахарного диабета

д. Причина изменений в стопе - тромбоз глубоких вен голени.

2. Больная 68 лет, длительно страдавшая гипертонической болезнью, внезапно умерла во время очередного резкого подъёма АД. На вскрытии в головном мозге обнаружена массивная гематома в области подкорковых ядер справа, множество мелких кровоизлияний и «ржавая» киста в затылочной доле. Выберите положения, верные в данной ситуации.

- а. При микроскопическом исследовании в артериолах гиалиноз, плазматическое пропитывание, фибриноидный некроз
- б. Механизм развития гематомы - разрыв микроаневризмы
- в. Механизм развития мелких кровоизлияний - диапедез
- г. Ткань мозга в области гематомы разрушена
- д. «Ржавая» киста свидетельствует о ранее перенесенном ишемическом инфаркте головного мозга.

3. Какие формы ИБС (1, 2, 3) можно диагностировать на вскрытии, если смерть больного наступила в следующие сроки от момента возникновения приступа ишемии (а, б, в, г, д)?

1. Внезапная коронарная смерть
2. Острый инфаркт миокарда (ишемическая стадия)
3. Инфаркт миокарда.
 - а. До 6 ч
 - б. 7-12 ч
 - в. 13-24ч
 - г. 1 ч
 - д. Более 24ч.

4. Перечислите признаки (а, б, в, г, д), которые могут быть обнаружены при каждой из форм ИБС (1, 2, 3).

1. Внезапная коронарная смерть
2. Острый инфаркт миокарда (ишемическая стадия)
3. Повторный инфаркт миокарда.
 - а. Уменьшение содержания гликогена, положительная проба с теллуридом калия, отсутствие макроскопических изменений миокарда на вскрытии.
 - б. Стенозирующий атеросклероз и тромбоз венечных артерий сердца
 - в. Очаги некроза миокарда
 - г. Отсутствие изменений на ЭКГ и повышения уровня ферментов крови
 - д. Характерные изменения на ЭКГ, повышение концентрации ферментов крови (КФК, ЛДГ, АСТ).

5. У больного 50 лет, ранее перенесшего трансмуральный инфаркт миокарда, отмечались одышка, отеки нижних конечностей, тяжесть в правом подреберье. Выявлено значительное расширение границ сердца, в области верхушки сердца обнаружено пульсирующее выбухающее образование. Внезапно развилась правосторонняя гемиплегия, наступила потеря сознания и смерть. Все представленные ниже положения верны, за исключением:

- а. На вскрытии выявлены хроническая аневризма сердца с пристеночным тромбом, ишемический инфаркт головного мозга.
- б. Диагноз: крупноочаговый кардиосклероз на фоне атеросклероза венечных артерий; осложнения - хроническая аневризма сердца, ишемический инфаркт головного мозга.
- в. Диагноз: хроническая аневризма сердца на фоне атеросклероза; осложнение - ишемический инфаркт головного мозга.
- г. На вскрытии обнаружена мускатная печень, бурая индурация легких, цианотическая индурация почек и селезенки.
- д. Ишемический инфаркт мозга развился вследствие тромбоэмболии сосудов головного мозга из полости аневризмы.

6. Локальные и системные отложения амилоида могут быть при всех перечисленных заболеваниях, за исключением:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) болезнь Альцгеймера.
- 2) экзокринная недостаточность поджелудочной железы.
- 3) медуллярная карцинома щитовидной железы.
- 4) миеломная болезнь.
- 5) ревматоидный артрит.

7. Больной длительно страдал гипертонической болезнью с преимущественным поражением головного мозга и почек. Умер при явлениях хронической почечной недостаточности. На вскрытии обнаружены маленькие плотные почки с мелкозернистой поверхностью. Все положения верны в отношении приведенной ситуации, за исключением:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) атеросклеротический нефросклероз.
- 2) первично-сморщенные почки.
- 3) в артериолах почки и головного мозга - гиалиноз.
- 4) изменения артериол и мелких артерий развились вследствие фибриноидного некроза.
- 5) клубочки почки гиалинизированы.

8. Назовите самую частую злокачественную опухоль головного мозга.

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) астробластома
- 2) глиобластома
- 3) хориоидкарцинома
- 4) менингиома
- 5) медуллобластома

9. Сосуды какого типа поражаются при атеросклерозе?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) вены
- 2) мелкие артерии
- 3) артериолы
- 4) капилляры
- 5) артерии мышечно-эластического типа

10. У больного 50 лет, ранее перенесшего трансмуральный инфаркт миокарда, отмечались одышка, отеки нижних конечностей, тяжесть в правом подреберье. Выявлено значительное расширение границ сердца, в области верхушки сердца обнаружено пульсирующее выбухающее образование. Внезапно развилась правосторонняя гемиплегия, наступила потеря сознания и смерть. Все представленные ниже положения верны, за исключением:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) на вскрытии выявлены хроническая аневризма сердца с пристеночным тромбом, ишемический инфаркт головного мозга.
- 2) диагноз: крупноочаговый кардиосклероз на фоне атеросклероза; осложнения - хроническая аневризма сердца, ишемический инфаркт головного мозга.
- 3) диагноз: хроническая аневризма сердца на фоне атеросклероза; осложнение - ишемический инфаркт головного мозга.
- 4) на вскрытии обнаружена мускатная печень, бурая индурация легких, цианотическая индурация почек и селезенки.
- 5) ишемический инфаркт мозга развился вследствие тромбоэмболии сосудов головного мозга из полости аневризмы.

11. Больной 77 лет находился в психиатрической клинике по поводу сосудистой деменции, развившейся на фоне атеросклероза церебральных артерий. Смерть наступила при присоединении бронхопневмонии. ___ В ткани головного мозга могут быть обнаружены все перечисленные изменения, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) атрофия лобных долей
- 2) кисты
- 3) порэнцефалия
- 4) микрогирия
- 5) внутренняя гидроцефалия

12. Атеросклеротические аневризмы чаще всего располагаются в :

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) подколенной артерии
- 2) лучевой артерии
- 3) бедренной артерии
- 4) плечевой артерии
- 5) дистальной части брюшной аорты

13. Больная 56 лет длительное время страдала гипертонической болезнью. Смерть наступила от кровоизлияния в мозг на высоте гипертонического криза. Назовите основную причину смерти

Выберите несколько из 10 вариантов ответа:

- 1) гипертоническая болезнь
- 2) гипертонический криз
- 3) кровоизлияние в мозг
- 4) атеросклероз коронарных артерий
- 5) атеросклероз церебральных артерий
- 6) У мужчины 65 лет атеросклеротическое поражение аорты, подвздошных, бедренных артерий привело к развитию сухой гангрены правой стопы. После ампутации нижней конечности у больного развился бактериальный шок. Назовите основную причину смерти
- 7) атеросклероз аорты
- 8) атеросклероз артерий нижних конечностей
- 9) атеросклеротическая гангрена стопы
- 10) бактериальный шок

14. Больной 67 лет поступил в клинику с признаками острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу. Смерть наступила при явлениях отека головного мозга. Назовите основную причину смерти

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) инфаркт головного мозга
- 2) отек головного мозга
- 3) цереброваскулярная болезнь
- 4) атеросклероз церебральных артерий
- 5) острое нарушение мозгового кровообращения

15. Больная 79 лет длительное время страдала гипертонической болезнью, в анамнезе - преходящие нарушения мозгового кровообращения, расстройства психики. Смерть больной наступила от инфицированных пролежней крестца. Назовите основную причину смерти

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) гипертоническая болезнь
- 2) инфицированные пролежни крестца
- 3) острое нарушение мозгового кровообращения
- 4) гипертоническая энцефалопатия
- 5) цереброваскулярная болезнь

16. Что отличает эрозию слизистой оболочки желудка от острой язвы?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) склероз дна
- 2) глубина некроза
- 3) воспалительная реакция
- 4) гипертрофия желёз в краях

17. Какая оболочка стенки сосуда поражается при атеросклерозе?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) наружная.
- 2) средняя.
- 3) наружная и средняя.
- 4) внутренняя.
- 5) внутренняя и наружная.

18. Для ревматизма характерны все перечисленные ниже проявления и связанные с ним заболевания, за исключением:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) митральный стеноз.
- 2) недостаточность митрального клапана.
- 3) стеноз устья аорты.
- 4) стеноз легочной артерии.
- 5) инфекционный эндокардит.

19. Состояние повышенного онкологического риска:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) острые воспалительные процессы;
- 2) хронические воспалительные процессы;
- 3) вегетарианство;
- 4) прием витаминов.

20. Аммиачная энцефалопатия может развиваться при:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) гепатите
- 2) стрессе
- 3) длительном эмоциональном возбуждении
- 4) гастрите

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Оцениваемые компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-10

Задача 1. Коля Н., 10 месяцев болен в течение недели. Неделю назад мама отметила, что ребенок стал вялым, плохо спит, капризничает, хуже ест. Одновременно появились заложенность носа, редкий кашель, затем обильное отделяемое из носа слизистого характера. Температура в первые два дня повышалась до $37,5^{\circ}\text{C}$. Был приглашен

участковый врач, который диагностировал у ребенка острое респираторное заболевание и назначил симптоматическое лечение. На фоне проводимых лечебных мероприятий состояние ребенка улучшилось, однако, на 6 день заболевания у ребенка вновь повысилась температура до 38,8⁰ С. Мальчик стал более вялым, отказывался от еды, перестал проявлять интерес к игрушкам, беспокойно спал, кашель усилился. Мама повторно вызвала врача. При осмотре ребенка отмечается бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника и раздувание крыльев носа при беспокойстве ребенка, тахикардия до 130 ударов в минуту, число дыханий – 52. Над легкими справа в межлопаточной области выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы на фоне ослабленного дыхания. Ребенок госпитализирован.

В общем анализе крови: гемоглобин 120 г/л, эритроциты 4,5 Т/л, СОЭ 19 мм/ч, лейкоциты 10,6 Г/л, Нейтрофилы: палочкоядерные 4%, сегментоядерные 52%, эозинофилы 1%, Лимфоциты 36%, Моноциты 7%.

Рентгенограмма грудной клетки. Повышенная прозрачность легочных полей, низкое стояние диафрагмы, усиление легочного рисунка, мелкие очаговые тени с нерезкими контурами в области 5 сегмента справа.

Задания:

1. Выделите основные синдромы заболевания.
2. Поставьте диагноз.
3. Укажите возможные исходы и осложнения данного заболевания.
4. Какие патоморфологические изменения могут быть обнаружены в лёгких.

Задача 2. Девочка 11 лет, больна 1 год, жалобы на «голодные» боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоит отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный..

Осмотр: кожа бледно-розовая, чистая. Состояние средней степени тяжести. Живот: синдром Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилорoduоденальной области, также болезненность в точке Дежардена и Мейо-Робсона. Печень не увеличена, безболезненная.

Общий анализ крови гемоглобин 115 г/л, эритроциты 4,0 Т/л, СОЭ 10 мм/ч, лейкоциты 7,0 Г/л, Нейтрофилы: палочкоядерные 1%, сегментоядерные 46%, эозинофилы 9%, Лимфоциты 37%, Моноциты 8%.

Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция слабо-кислая, удельный вес 1025, прозрачная, белок - отсутствует; лейкоциты – 1-2-1 в поле зрения; эритроциты - 2-1-1 в поле зрения, слизь -, бактерии -.

ФЭГДС Пищевод проходим, слизистая розовой окраски. Кардия смыкается. Слизистая желудка гиперемирована, в пилорическом отделе язвенный дефект размерами 5*3 мм. Содержимое желудка прозрачное, небольшое количество слизи. Слизистая двенадцатиперстной кишки гиперемирована.

Задания:

1. Выделите основные синдромы заболевания.
2. Поставьте диагноз.
3. Укажите возможные исходы и осложнения данного заболевания.
4. Какие патоморфологические изменения могут быть обнаружены в желудке и двенадцатиперстной кишке при биопсии.

Задача 3. Ребенок родился от третьей беременности, протекавшей с ОРЗ на 7-й неделе гестации. Масса при рождении 1900 г, длина тела 42 см. На 14-е сутки жизни состояние тяжелое. Кожа бледная, чистая. ЧД 80 в 1 минуту, одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Дыхание проводится во все отделы, в нижних отделах - крепитирующие хрипы. Границы сердца: правая - на 0,5 см снаружи от правого края грудины, левая - на 2 см снаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны ясные, ритмичные. II тон над легочной артерией акцентирован, расщеплен. Выслушивается грубый, «машинный» систоло-диастолический шум. ЧСС 170 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3,5 см из-под реберной дуги, селезенка - +0,5 см. Общий анализ крови гемоглобин 138 г/л, эритроциты 4,8 Т/л, СОЭ 10 мм/ч, лейкоциты 7,0 Г/л, Нейтрофилы: палочкоядерные 2%, сегментоядерные 36%, эозинофилы 6%, Лимфоциты 47%, Моноциты 9%.. По ЭХО-КГ – открытый артериальный проток.

Задания:

1. Выделите основные патологические синдромы заболевания.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Укажите возможные исходы и осложнения данного заболевания.
4. Какие патоморфологические изменения могут быть обнаружены в лёгких и сердце в случае неблагоприятного исхода

Задача 4. У роженицы на 4 день после родов повысилась температура до 37⁰, появились озноб и тахикардия до 100 ударов в 1 минуту. При осмотре отмечалась незначительная болезненность матки, мутные, гнойно-кровянистые выделения. Ультразвуковое исследование полости матки выявило эхо-негативные зоны, которые предположительно соответствовали остаткам плацентарной ткани. Проведено выскабливание полости матки. В соскобе - некротические фрагменты децидуальной оболочки и ворсинчатого хориона, диффузная инфильтрация сегментоядерными лейкоцитами, выраженный отек стромы, расширение и тромбоз кровеносных сосудов.

1. Определите основное заболевание.
2. Укажите основные причины развития данного заболевания.
3. Перечислите возможные осложнения: 1..., 2..., 3..., 4...

Задача 5. У женщины 34 лет во время профилактического осмотра в слизистой оболочке влагалищной части шейки матки был обнаружен эрозивный дефект диаметром 0,5 см с ярко-красным дном. При патогистологическом исследовании биоптата выявлена пролиферация железистого эпителия с глубоким проникновением его в мышечные слои шейки матки, с очаговой лимфоидноклеточной инфильтрацией стромы.

1. Диагностируйте основное заболевание.
2. Укажите возможную стадию заболевания.
3. Объясните патогенез выявленных изменений: 1..., 2...
4. Оцените значение этой патологии шейки матки.

Задача 6. Больной 27 лет произведено рентгенологическое обследование желудка при подозрении на опухоль. Обнаружено уменьшение полости желудка, сглаженность складок слизистой оболочки, резкое нарушение перистальтики. Произведена операция - гастрэктомии.

1. Опишите макроскопические изменения стенки желудка.
2. Перечислите возможные предраковые процессы в желудке, предшествовавшие заболеванию.

3. Назовите особенности метастазирования опухоли.
4. Классифицируйте заболевание в соответствии с требованиями МКБ.

Задача 7. Больной 34 лет, инженер-технолог. Курит с 17 лет. Кашель постоянный, со скудной мокротой. В течение последнего месяца дважды заметил в мокроте прожилки крови. Обратился в медсанчасть предприятия, откуда был направлен на консультацию в противотуберкулёзный диспансер. При тщательном рентгенологическом и рентгенографическом обследовании в IX сегменте правого легкого, ближе к плевре обнаружена тень округлой формы, диаметром на более 2 см. Произведена бронхоскопия, обнаружено резкое сужение просвета сегментарного бронха. Эндоскопическая биопсия технологически не удалась. Решено оперировать больного с производством экспресс-биопсии. Во время торакотомии иссечён небольшой кусочек опухолеподобного образования для установления точного диагноза.

Предположительный клинический диагноз: «Туберкулома», «Карциноид лёгкого»?

Заключение патологоанатома: мелкоклеточный бронхогенный рак лёгкого.

1. Интерпретируйте результаты патогистологического исследования.
2. Сформулируйте клинический диагноз
3. Укажите дальнейшую врачебную тактику

Задача 8. Мальчик 11 лет, в течение последних двух месяцев предъявлял жалобы на слабость, сонливость, снижение аппетита, субфебрильная температура. При первичном осмотре отмечена некоторая бледность кожи и слизистых оболочек, увеличение подчелюстных и шейных лимфатических узлов; на ощупь узлы неравномерно уплотнены, подвижность их ограничена. Произведена биопсия одного из узлов. Иссечённый лимфатический узел доставлен в патологоанатомическое отделение с клиническим диагнозом: «Лимфаденит неясной этиологии».

Патогистологическое исследование: «Структура лимфатического узла полностью нарушена, фолликулы не выявляются, в ткани множество округлых очагов пролиферации клеток: эпителиоидных, лимфоидных, гигантских многоядерных. В центре очага обнаружен детрит в виде мелкоглыбчатой эозинофильной массы».

1. Интерпретируйте результаты патогистологического исследования.
2. Сформулируйте клинический диагноз
3. Укажите дальнейшую врачебную тактику

Задача 9. Больному 12 лет произведена аппендэктомия по поводу острого флегмонозного аппендицита, осложненного разлитым гнойным перитонитом.

1. Опишите микроскопические изменения червеобразного отростка.
2. Уточните характер процесса в наружной оболочке червеобразного отростка и его брыжейке: 1..., 2...
3. Уточните варианты исхода перитонита: 1..., 2....

Оформи́те заключительный клинический диагноз в соответствии с требованиями МКБ X.

Задача 10. Женщина до наступления беременности страдала ревматическим пороком сердца с преобладанием недостаточности митрального клапана. Во время беременности явлений декомпенсации не отмечалось. Трижды госпитализирована в стационар по поводу хронического пиелонефрита с обострением процесса. На 39 неделе беременности – вновь обострение пиелонефрита с явлениями интоксикации. На 3-й день обострения отмечена внутриутробная гибель плода. На аутопсии выявлена двусторонняя очагово-сливная пневмония. Назовите основное патологическое состояние плода, явившиеся причиной смерти.

1. Назовите основное заболевание ребенка, явившиеся причиной смерти.

2. Оформите перинатальное свидетельство о смерти

Задача 11. Мальчик, 4 лет, оперирован в офтальмологическом отделении по поводу опухоли левого глазного яблока (зрение на этот глаз отсутствовало). Произведена энуклеация глаза. Клинический диагноз: «Внутриглазная опухоль». Патогистологический диагноз: «Ретинобластома».

1. Дайте характеристику этой опухоли по источнику роста, особенностям развития.
2. Назовите современные методы морфологического исследования операционного материала.

Задача № 12. У больной 35 лет одиночный узел в левой доле щитовидной железы. Макроскопически узел 1,0x2,0x2,0 см в чёткой капсуле, эластичной консистенции, слегка взбухающий на фоне окружающей ткани, желтовато-серого цвета на разрезе, зернистого вида. Произведена биопсия щитовидной железы. При микроскопическом исследовании ткань узла представлена фолликулами, выстланными крупными светлыми клетками с нежно зернистой эозинофильной цитоплазмой.

1. Интерпретируйте результаты морфологического исследования.
2. Сформулируйте клинический диагноз
3. Укажите дальнейшую врачебную тактику

Задача № 13. У женщины 34 лет щитовидная железа увеличена в 4 раза, консистенция плотная, поверхность бугристая, железа спаяна с окружающими тканями. Клинически явления гипотиреоза, в периферической крови содержатся антитела к гормонам Т3 и Т4. Произведена пункционная биопсия щитовидной железы. В пунктате – волокнистые структуры, обилие лимфоидных клеток разной степени зрелости – от лимфобластов до зрелых лимфоцитов, плазматические клетки, пласты и рыхлые скопления фолликулярного эпителия с признаками дистрофии, клетки Ашкенази в большом количестве.

1. Интерпретируйте результаты морфологического исследования.
2. Сформулируйте клинический диагноз
3. Укажите дальнейшую врачебную тактику

Задача № 14. У женщины 45 лет ускоренный рост длительно существующего узла за последние 6 месяцев. На УЗИ – контуры неровные, нечёткие, консистенция плотная. Произведена пункционная биопсия щитовидной железы. В цитограмме – фон чистый, клеточность пунктата высокая, пласты и фолликулярные структуры, состоящие из одноядерных клеток средней величины; ядра правильной формы, хроматин сетчатый, цитоплазма гомогенная, в просвете фолликулярных структур плотный интенсивно окрашенный коллоид. В некоторых пластах нарушена архитектура расположения клеток: наплыв друг на друга, разные промежутки между ними.

1. Интерпретируйте результаты морфологического исследования.
2. Сформулируйте клинический диагноз
3. Укажите дальнейшую врачебную тактику

Задача № 15

У женщины, умершей от почечной недостаточности, на вскрытии обнаружены склероз и липоматоз поджелудочной железы, прогрессирующий атеросклероз магистральных артерий. В почках выявлена пролиферация мезангиальных клеток и гиалиноз клубочков, эпителий узкого сегмента нефрона высокий, со светлой полупрозрачной цитоплазмой, в которой определяется гликоген.

Клинически заболевание протекало с выраженной азотемией, высокой протеинурией, артериальной гипертензией.

1. Укажите, для какого заболевания характерна описанная клиническая и морфологическая картина?
2. Определите процессы, происходящие в почках.
3. Интерпретируйте результаты морфологического исследования.
4. Сформулируйте заключительный клинический диагноз.

Задача № 16. На основании представленных данных рубрифицируйте патологоанатомический диагноз с выделением основного заболевания (основного комбинированного), осложнений основного заболевания и сопутствующей патологии.

Протокол вскрытия № 137. Умерший Ш-ий А.А., 84 года

Клинический диагноз:

Рак желудка. Желудочное кровотечение. Анемия. Деформирующий остеоартроз, распространенный с преимущественным поражением коленных, локтевых, голеностопных суставов. ИБС. Кардиосклероз. Экстрасистолия. Н I.

Патологоанатомический диагноз:

Правосторонняя тотальная крупозная пневмония (стадия серого опеченения). Правосторонний экссудативный фибринозно-гнойный плеврит (2 л гнойного экссудата). Острые эрозии и острые язвы слизистой оболочки желудка. Кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта. Острая постгеморрагическая анемия. Распространенный деформирующий артроз. Хронический бронхит: диффузно-очаговый пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких.

Задача № 17. На основании заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов проведите и сравните с установлением принципа расхождения.

Протокол вскрытия № 75. Больной К., 56 лет.

Клинический диагноз:

Гипертоническая болезнь 3 ст. Атеросклероз аорты, коронарных сосудов, атеросклероз церебральных сосудов. Инфаркт миокарда? Атеросклеротический кардиосклероз. Н II А. Остаточные явления нарушения мозгового кровообращения. ХОБЛ. Эмфизема легких. Пневмосклероз. Опухоль средостения, трахеи. ДН 3 ст.

Патологоанатомический диагноз:

Основное заболевание. Повторный инфаркт миокарда: острый трансмуральный инфаркт передней стенки левого желудочка; множественные крупные рубцы в задней стенке левого желудочка. Резко выраженный коронарный атеросклероз.

Осложнения основного заболевания. Общее застойное венозное полнокровие внутренних органов. Гидроторакс. Гидроперикард.

Сопутствующие заболевания. Атеросклероз аорты. Ишемические инфаркты почек. Фибриллярно-протоплазматическая астроцитоза теменно-височной области левого полушария головного мозга. Хронический калькулезный холецистит.

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия»

Институт последипломного образования

Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины

Оценочные средства и методические материалы для проведения промежуточной аттестации по дисциплине «Детская неврология»

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - невролог
Направление подготовки:	31.08.42 Неврология
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ДВ.1.1

1. Паспорт ОС по дисциплине «Детская неврология»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	<i>Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу</i>	2 год обучения
ПК-1	<i>Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i>	2 год обучения
ПК-2	<i>Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными</i>	2 год обучения
ПК-5	<i>Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i>	2 год обучения
ПК-6	<i>Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи</i>	2 год обучения
ПК-8	<i>Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</i>	2 год обучения
ПК-9	<i>Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</i>	2 год обучения
ПК-10	<i>Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</i>	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его
------	------------------	------------------------------------	--	---

			проведения
1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы логики - философские диалектические принципы - методологию диагноза <p>Умеет:</p> <p>Клинически мыслить</p> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением - способностью к анализу и синтезу 	<p>Комплекты:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.
2.	ПК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> – вопросы развития, нормальной анатомии и гистологии центральной и периферической нервной системы у детей и взрослых – физиологические основы функционирования головного и спинного мозга у детей и взрослых – вопросы анатомии и физиологии ликворной системы <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить самостоятельный прием неврологических больных в поликлинике <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основными принципами профилактики функциональных нарушений нервной системы 	
3.	ПК-2	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - порядок проведения профилактических медицинских осмотров и диспансерного наблюдения <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильно и максимально полно опрашивать больного, собирать анамнез заболевания и анамнез жизни, проводить полное неврологическое обследование взрослых и детей, выявлять общие и специфические признаки патологии нервной системы <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - комплексом методов стандартного неврологического обследования. 	
4.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - виды функциональных и клинических исследования нервной системы у детей и взрослых, применяемые на современном этапе - симптомы и синдромы поражения различных отделов нервной системы, - вопросы ранней диагностики и дифференциальной диагностики неврологических заболеваний 	

		<p>- современную систему диагностики заболеваний и травм нервной системы, включающую клинические методы, лабораторную, инструментальную, нейрофизиологическую, ультразвуковую и рентгено-радиологическую диагностику</p> <p>- классификацию и клинические особенности врождённых аномалий центральной нервной системы</p> <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильно интерпретировать результаты инструментальных исследований (ультразвукового, рентгеновского: магнитно-резонансной и компьютерной томографии, ангиографического исследования), - выявлять основные жалобы, проводить обследование и дифференциальную диагностику при сосудистых, опухолевых, воспалительных и паразитарных заболеваниях нервной системы, эссенциальной эпилепсии и эпилептических синдромах, травмах нервной системы, дегенеративных поражениях позвоночника. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - комплексом методов стандартного неврологического обследования, - методами лечебно-диагностических пункций и малоинвазивных хирургических вмешательств. 		
5.	ПК-6	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - порядки оказания медицинской помощи неврологическим больным <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определять объем и место оказания дальнейшей медицинской помощи (в приемном отделении, стационаре, многопрофильном лечебном учреждении), - определить объем и сроки обследования при поражениях нервной системы, - определять лечебную тактику при заболеваниях нервной системы <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основными принципами лечения при функциональных нарушениях нервной системы - основными навыками диагностики и лечения черепно-мозговой и спинно-мозговой травмы 		

		<ul style="list-style-type: none"> - основными принципами лечения сосудистых заболеваний центральной нервной системы - основными принципами лечения при нейроонкологии - основными принципами лечения воспалительных и паразитарных заболеваний нервной системы - основными принципами лечения эпилептических синдромов - основными принципами лечения дегенеративных заболеваний позвоночника - основными принципами интенсивной терапии при ургентной патологии 		
6.	ПК-8	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - вопросы медико-социальной реабилитации при патологии нервной системы <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовывать лечебно-диагностическую работу по неврологии в условиях поликлиники и стационара <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основными принципами лечения, включая восстановительное лечение, при нейроонкологии, сосудистых заболеваниях центральной нервной системы, травмах нервной системы воспалительных и паразитарных заболеваниях, эпилептических синдромах, дегенеративных заболеваниях позвоночника. 		
7.	ПК-9	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - принципы и методы формирования здорового образа жизни - организацию и принцип работы центра социальной реабилитации <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - системой выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни 		
8.	ПК-10	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - нормативно-правовую базу ведения больных в поликлинике и стационаре - нормативно-правовые документы (приказы, распоряжения) о порядке 		

	<p><i>оказания медицинской помощи больным</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>основы экспертизы и определения нетрудоспособности при заболеваниях нервной системы</i> <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>вести медицинскую документацию (истории болезни, амбулаторные карты и др.)</i> - <i>правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты</i> - <i>правильно использовать экономические параметры при оказании медицинских услуг</i> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>основными принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</i> 		
--	---	--	--

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено» и «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	<p>Умеет: абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p> <p>Владеет:</p>	<p>Умеет <u>Не может провести анализ</u> предложенных случаев и сделать выводы</p>

	абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы	
ПК-1	<p>Умеет: осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p>Владеет: осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>
ПК-2	<p>Умеет: проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p> <p>Владеет: проводит профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществляет диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p>	<p>Умеет: <u>не способен</u> проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p>
ПК-5	<p>Умеет: определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>Владеет: определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>
ПК-6	<p>Умеет: вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи</p> <p>Владеет:</p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании</p>

	<i>ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи</i>	<i>неврологической медицинской помощи.</i>
ПК-8	<p>Умеет: <i>применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</i></p> <p>Владеет: <i>применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</i></p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> <i>применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</i></p>
ПК-9	<p>Умеет: <i>формировать у пациентов, членов их семей и населения в целом, мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</i></p> <p>Владеет: <i>проводит мероприятия по формированию у пациентов, членов их семей и населения в целом, мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.</i></p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> <i>мотивировать пациентов, членов их семей и население в целом на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.</i></p>
ПК-10	<p>Умеет: <i>применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</i></p> <p>Владеет: <i>применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</i></p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> <i>применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</i></p>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10

1. Большая масса тела при рождении, кушингоидные черты, увеличение размеров сердца, печени, селезенки, микроцефалия (реже гидроцефалия) характерны

- а) для врожденной краснухи
- б) для тиреотоксической эмбриофетопатии
- в) для диабетической эмбриопатии
- г) для фетального алкогольного синдрома (ФАС)

2. Микседемоподобный синдром с задержкой психического развития отмечается у новорожденных от матерей, страдающих

- а) гипертиреозом
- б) гипотиреозом
- в) диффузным токсическим зобом
- г) очаговым ("островчатым") зобом
- д) струмой

3. Первичный гипотиреоз у детей характеризуется

- а) сухостью и иктеричностью кожи
- б) грубым голосом, микроглоссией
- в) ломкими "матовыми" волосами
- г) грубой задержкой психомоторного развития
- д) всем перечисленным

4. При микроцефалии у детей обычно

- а) головной мозг относительно больше черепа
- б) головной мозг значительно меньше черепа
- в) уменьшение мозгового черепа примерно соответствует уменьшению головного мозга
- г) уменьшается лишь мозговой череп относительно лицевого
- д) мозговой и лицевой череп уменьшаются пропорционально

5. Вторичная микроцефалия у детей развивается

- а) в пренатальном периоде
- б) только постнатально
- в) в перинатальном периоде и в первые месяцы жизни
- г) в любом возрасте
- д) всегда в возрасте старше 1 года

6. Прогноз при микроцефалии у детей определяется

- а) темпом роста головы
- б) размером мозгового черепа
- в) выраженностью двигательного дефекта
- г) степенью умственной отсталости
- д) сроком начала терапии

7. Дети с микроцефалией обычно наблюдаются невропатологом

- а) до 15 лет
- б) до старшего школьного возраста
- в) до младшего дошкольного возраста

г) в раннем возрасте, далее наблюдаются психиатром

8. Избыточная продукция спинно-мозговой жидкости лежит в основе гидроцефалии

- а) наружной
- б) внутренней
- в) открытой или сообщающейся
- г) гиперпродуктивной
- д) резорбтивной

9. Большинство гидроцефалий у детей являются

- а) травматическими
- б) токсическими
- в) гипоксическими
- г) врожденными
- д) приобретенными

10. При компенсированной гидроцефалии у детей внутричерепное давление

- а) стойко высокое
- б) нормальное
- в) пониженное
- г) неустойчивое с тенденцией к повышению
- д) неустойчивое с тенденцией к понижению

11. В наиболее тяжелых случаях при гидроцефалии у детей развивается

- а) неврит зрительного нерва
- б) гидроанэнцефалия
- в) пирамидная недостаточность
- г) дистрофия подкорковых узлов
- д) поражение мозжечка и его связей

12. Ребенок с врожденной гидроцефалией обычно рождается

- а) с нормальной или слегка увеличенной головой
- б) с увеличением окружности головы на 4-5 см
- в) с уменьшенной головой
- г) с увеличением окружности головы на 5-8 см

13. Выраженный тетрапарез, психическая отсталость, псевдобульбарный синдром характерны

- а) для гидроанэнцефалии
- б) для окклюзионной гидроцефалии
- в) для наружной гидроцефалии
- г) для гидроцефалии после родовой травмы
- д) для сообщающейся гидроцефалии

14. Вегетативные нарушения особенно четко выражены у детей при окклюзии на уровне

- а) бокового желудочка
- б) III желудочка
- в) IV желудочка
- г) на любом уровне

15. Усиление пальцевых вдавлений на краниограмме характерно для гидроцефалии

- а) только наружной

- б) окклюзионной
- в) сообщающейся

16. Резкое уменьшение кольца свечения характерно для гидроцефалии

- а) наружной
- б) сообщающейся
- в) любой
- г) окклюзионной в начальном периоде
- д) окклюзионной с гидроанэнцефалией

17. Декомпенсация гидроцефалии у детей особенно часто возникает

- а) при вирусных инфекциях
- б) при кишечных инфекциях
- в) при нейроинфекциях
- г) при черепных травмах
- д) при черепных травмах и инфекциях

18. Появление одышки у детей при приеме диакарба свидетельствует

- а) о метаболическом алкалозе
- б) о метаболическом ацидозе
- в) о нарушении церебральной гемодинамики
- г) об обезвоживании
- д) о поражении дыхательного центра

19. В течении перинатальной энцефалопатии выделяют

- а) острый период
- б) ранний восстановительный период
- в) поздний восстановительный период
- г) все перечисленные периоды

20. У доношенных детей чаще всего наблюдаются

- а) субдуральные кровоизлияния
- б) субарахноидальные кровоизлияния
- в) внутрижелудочковые кровоизлияния
- г) перивентрикулярные кровоизлияния
- д) паренхиматозные, субарахноидальные кровоизлияния

21. Выраженная мышечная гипотония новорожденных является отражением

- а) гипоксии головного мозга, незрелости
- б) травмы головного и спинного мозга
- в) повреждения мозга непрямым билирубином
- г) дегенерации передних рогов спинного мозга
- д) возможны все перечисленные причины

22. В начальном периоде гемолитической болезни у новорожденных применяется

- а) заменное переливание крови
- б) фототерапия
- в) фенobarбитал
- г) преднизолон
- д) все перечисленное

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1.

На приеме ребенок 11 лет с жалобами на выпадение волос участками, ломкость ногтей, повышенную сонливость, периодические приступы булимии.

Объективно: ребенок повышенного питания, на коже живота бедер отмечаются стрии различной степени давности. В области передней поверхности грудной клетки, живота, на внутренней поверхности правого предплечья участки депигментации кожи. На голове имеется гнездное облысение. Гипертрихоз в области спины, гиперкератоз. Черепно-мозговые нервы без патологии. Сухожильные рефлексy с рук и ног S=D. Патологических рефлексy и менингеальных знаков нет. Координация сохранена.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).
7. Назовите рекомендации пациенту и его родственникам по укреплению здоровья (ПК-9).

Задача №2.

На приеме ребенок 15 лет с жалобами не сильные головные боли, возникающие после сна с приступами тошноты.

Из анамнеза: заболевание началось 4 года назад с периодических приступообразных головных болей.

Затем стал отмечать активный рост лица, рук и ног. Размер обуви 48.

Активно: акромегалическое лицо резко выражены надбровные дуги и скуловые кости, большой нос, толстые губы, прогнатизм (нижняя челюсть выступает вперед). Глазные щели S=D, реакция зрачков на свет сохранена, острота зрения на оба глаза 1,0 четкая битемпоральная гетеронимная гемианопсия на белый, красный цвета. Двигательных, чувствительных и координаторных расстройств нет.

На рентгенографии черепа увеличенное в размерах турецкое седло.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).
7. Назовите рекомендации пациенту и его родственникам по укреплению здоровья (ПК-9).

Задача №3.

В отделение поступила ребенок 13 лет с жалобами на повышение температуры до 37,5° в течение месяца, приступы повышение температуры до 39° с ознобом, продолжительностью 2 часа Температура снижается самостоятельно без приеме медикаментов.

Объективно: общее самочувствие не страдает. Двигательных, чувствительных и координаторных расстройств нет. При термометрии получен монотермический тип кривой. Асимметрия температуры подмышечных впадин, термоинверсия аксиллярной и ректальной температуры.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).

2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).
7. Назовите рекомендации пациенту и его родственникам по укреплению здоровья (ПК-9).

Задача №4.

На приеме ребенок 8 лет с жалобами на покраснение левой половины лица и шеи.

Периодическую боль в левой половине лица, шеи. Продолжительность приступов от 1 до 2 часов.

Объективно: во времени и пространстве ригидирована, эмоционально лабильна. Отек левой половины лица, особенно век, гиперемия кожи лица и шеи с выраженным потоотделением (дисгидроз) слева Гиперпатия левой половины лица, шеи. Появляется блефароспазм при взгляде на свет. Глазные щели D>S, отмечается опущение верхнего века справа, разница диаметра зрачков D>S. Реакция зрачков на свет сохранена, но слева выражена слабее. Гетерохромия (разный цвет радужной оболочки).

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).
7. Назовите рекомендации пациенту и его родственникам по укреплению здоровья (ПК-9).

Задача №5.

На приеме ребенок 11 лет с жалобами на приступообразные жгучие боли в области живота, отрыжку, вздутие живота. Приступы продолжаются около часа ежедневно и заканчиваются обильным мочеиспусканием.

Из анамнеза: 7 дней назад ребенок получил тупую травму в область эпигастрия.

Объективно: болезненны точки солнечного сплетения - ниже мечевидного отростка. При давлении на живот выше пупка замедляется пульс и понижается артериальное давление. Живот вздут, кожные покровы тела влажные, ознобоподобный гиперкинез.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).
7. Назовите рекомендации пациенту и его родственникам по укреплению здоровья (ПК-9).

Задача №6.

На приеме ребенок с жалобами на слезоотделение из левого глаза, снижение слух слева.

Из анамнеза: шесть месяцев назад была травма левой височной области с переломом пирамиды левой височной кости.

Объективно: выявлены признаки периферического неврита левого лицевого нерва, Снижение слуха слева и снижение вкусовой чувствительности на передних 2/3 языка справа.

Данных за лор патологию не выявлено.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).
7. Назовите рекомендации пациенту и его родственникам по укреплению здоровья (ПК-9).

Задача №7.

В отделение поступил ребенок 11 лет с жалобами на приступы сердцебиения с одышкой и ознобом, с подъемом температуры тела до 39° и артериального давления до 140/100 мм.рт.ст, во время приступа ощущает резкое чувство страха.

Из анамнеза: год назад была закрытая черепно-мозговая травма, лечилась в стационаре. Через 3 месяца после ЧМТ появились приступы. Перед приступом жалуется на давящую головную боль, боль в животе, давящую боль в области сердца, подъем температуры до 38° - 39° , озноб, повышенную потливость, чувство тревоги. Во время приступа в сознании. Частота приступов варьирует 1-3 раза в неделю. После приступа чувство слабости и разбитости отмечает в течение суток.

Объективно: Двигательных, чувствительных и координаторных расстройств нет.

Дермографизм розовый, стойкий. Извращение ортостатической пробы Ашнера.

Гипергидроз общий и локальный. Кожа в виде "гусиной".

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).
7. Назовите рекомендации пациенту и его родственникам по укреплению здоровья (ПК-9).

Задача №8.

На приеме ребенок 5 лет с жалобами на боль в области орбиты в углу правого глаза, боль впервые возникла два дня назад и в течение этого времени носит различную выраженность, то усиливаясь, то стихая самостоятельно. Также появилось обильное слезотечение из правого глаза и обильные выделения из правой ноздри носа.

Из анамнеза: ребенок наблюдается у отоларинголога по поводу искривления носовой перегородки и аденоид в носоглотке.

Объективно: глазные щели S=D, болезненная верхняя тригеминальная точка справа, экзофтальм справа. Инъекция конъюнктивы правого глаза, обильное слезотечение, ринорея. Двигательных и координаторных расстройств нет. Дермографизм яркий, красный, стойкий, держится до 1 минуты. Гипергидроз ладоней.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).
7. Назовите рекомендации пациенту и его родственникам по укреплению здоровья (ПК-9).

Задача №9.

На приеме ребенок 10 лет с жалобами на приступы резкой спонтанной боли в области корня носа, правого глаза с распространением на правый висок и ухо. Продолжительность приступов боли варьирует от 10 минут до 1 часа, чаще возникает в ночное время. Болевые приступы сопровождаются покраснением правой половины лица, слезотечением из правого глаза и обильным выделением секрета из правой ноздри носа.

Из анамнеза: ребенок болеет хроническим тонзиллитом, 10 дней назад перенес лакунарную ангину. Жалобы появились через 3 дня после выздоровления.

Объективно: глазные щели S=D, инъекция конъюнктивы слева, отек ушной раковины и лица справа. Слезотечение, риноррея и слюнотечение. Двигательных и координаторных расстройств нет.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).
7. Назовите рекомендации пациенту и его родственникам по укреплению здоровья (ПК-9).

Задача №10.

На приеме девочка 10 лет с жалобами на повышенный аппетит (периодические приступы булимии), жажду, избыточную массу тела.

Из анамнеза: у девочки с 7 лет стали развиваться вторичные половые признаки, в 9 лет появилась менструация и установился менструальный цикл.

Объективно: маленького роста, повышенного питания, лунообразное лицо, стрии в области живота и бедер различной степени давности. Дистальные отделы рук и ног с цианотичным оттенком, холодные, влажные. По гормональному статусу напоминает взрослую девушку. Артериальное давление 150/100 мм.рт.ст. Со стороны рефлекторной, двигательной, чувствительной и координаторных сфер патологии нет.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).
7. Назовите рекомендации пациенту и его родственникам по укреплению здоровья (ПК-9).

Задача №11.

Мальчик, 4 лет, жалобы на нарастающую слабость в ногах, нарушение походки, невозможность бегать, прыгать.

Анамнез: болен с двух лет с неуклонным нарастанием симптоматики. Ребенок от нормально протекавшей беременности и родов. Сидеть и ходить начал позднее других детей. Никогда не стремился побегать, попрыгать. Лечился церебролизином, кортексином, мексидолом, ноотропами, витаминами — без видимого эффекта.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное.

Соматический статус: Границы сердца расширены, тоны - приглушены, аритмичные.

Неврологический статус: ЧМН без изменений. Активные движения в конечностях сохранены. Сила в ногах снижена до 3 баллов. Походка изменена по типу «утиной». Тонус мышц снижен. Икроножные мышцы увеличены в объеме с участками уплотнения в них. Стопы деформированы. Гиперлордоз. Глубокие рефлексы, кроме ахилловых, не

вызываются. Патологических рефлексов нет. Чувствительность не нарушена. Крампи в икроножных мышцах. Нарушений функции тазовых органов нет. Интеллект сохранен.

Анализ крови: Эр — 5,6 Т/л, Нь — 120 Г/л, Л — 4,0 Г/л, СОЭ — 2 мм/ч.

Ликвор — прозрачный, лимфоциты — 4 в 1 мкл, давление норма, белок — глюкоза, хлориды не изменены.

Сомато-сенсорные вызванные потенциалы мозга без изменений.

ЭНМГ — уменьшение величины и количества осцилляций.

Сомато-сенсорные вызванные потенциалы мозга без изменений.

Эхо-ЭС — срединный комплекс по средней линии, дополнительные эхо-сигналы не регистрируются. Пульсация эхо-сигналов снижена.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).
7. Назовите рекомендации пациенту и его родственникам по укреплению здоровья (ПК-9).

Задача 12

Мальчик, 14 лет, жалобы на нарушение походки, невозможность бегать, прыгать.

Анамнез: болен с пяти лет с неуклонным нарастанием симптоматики. Ребенок от нормально протекавшей беременности и родов. Лечился церебролизин, кортексин, мексидолом, ноотропами, витаминами — без видимого эффекта.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное.

Соматический статус: Ожирение. Границы сердца расширены, тоны - приглушены, аритмичные.

Неврологический статус: ЧМН снижение слуха. Вертикальный нистагм. Активные движения в конечностях сохранены. Сила в ногах снижена до 4 баллов. Тонус мышц снижен. Дистальные мышечные атрофии. Стопы с углублением свода, с экстензией основных и флексией концевых фаланг пальцев. Кифосколиоз. Глубокие рефлексы не вызываются. Стопные патологические рефлекс, клонусы стоп и коленных чашечек. Чувствительность не нарушена. Неустойчив в позе Ромберга при закрытии глаз, дискоординация в руках, адиадохокinez, дисметрия, скандированная речь. Нарушений функции тазовых органов нет. Интеллект снижен.

Дополнительные методы исследования.

Анализ крови: Эр — 5,6 Т/л, Нь — 120 Г/л, Л — 4,0 Г/л, СОЭ — 2 мм/ч.

Ликвор — прозрачный, лимфоциты — 4 в 1 мкл, давление норма, белок — глюкоза, хлориды не изменены.

Сомато-сенсорные вызванные потенциалы мозга без изменений.

ЭНМГ — уменьшение величины и количества осцилляций.

Эхо-ЭС — срединный комплекс по средней линии, дополнительные эхо-сигналы не регистрируются. Пульсация эхо-сигналов снижена.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).
7. Назовите рекомендации пациенту и его родственникам по укреплению здоровья (ПК-9).

Задача 13

Ребенок 14 дней, мать отмечает вялое сосание, частые поперхивания, тихий плач.

Анамнез: выше перечисленные жалобы отмечаются у ребенка с рождения. Родился от первой беременности, во время которой мать отмечала слабое шевеление плода.

Мать ребенка с 14 лет отмечает периоды мышечной слабости, но к врачам не обращалась, не лечилась.

Общее состояние ребенка средней тяжести. Соматический статус без патологии.

Неврологический статус: Черепно-мозговые нервы без патологии. Зрачковые реакции вялые. Активные движения в конечностях сохранены. Тонус мышц диффузно снижен. Синдром вялого ребенка - поза лягушки, симптом шарфа. Глубокие рефлекс симметричны, быстро истощаются. Патологических рефлексов нет. Чувствительность не изменена.

Дополнительные методы исследования.

Анализ крови, мочи, ликвора - без патологии.

Рентгенография костей черепа — без изменений.

Эхо-ЭС — срединный комплекс по средней линии.

Прозериновая проба — через 15 мин. после п/к введения 0,2 - 0,05% раствора атропина отмечено улучшение сосания и глотания.

ЭНМГ: а. при глобальной ЭМГ получена интерференционная кривая с умеренным снижением амплитуды осцилляций, без существенного изменения частоты потенциалов. б. при стимуляционной ЭНМГ при ритмической стимуляции выявлен феномен декремента (снижение осцилляций) на 15%, А также посттетаническое улучшение передачи возбуждения в нервно-мышечном синапсе после высокочастотной стимуляции.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).
7. Назовите рекомендации пациенту и его родственникам по укреплению здоровья (ПК-9).

Задача 14.

Больная Б. 12 лет

Жалобы при поступлении (со слов родителей): боли в области сердца, изменение походки (ходит широко расставив ноги), нарушение координации движения, общую слабость

Анамнез заболевания: при рождении состояние по шкале Апгар 8б. С рождения наблюдался неврологом с перинатальной постгипоксической энцефалопатией, миотонический с-м. (вялый ребенок, снижение мышечного тонуса) В течении 1 года наблюдается по наследственно-дегенеративному заболеванию. изменение походки появилось около 2 недель назад. Месяц назад переболела ОРВИ, без осложнений.

Неврологический статус зрачки d=s конвергенция достаточная, движение глазных яблок в полном объеме, носогубные складки d=s; точки выхода ветвей тройничного нерва безболезненны, установочный горизонтальный нистагм, мягкое небо подвижно, глотание не затруднено, язык по средней линии, мышечная гипотония. Сухожильные рефлекс с рук d=s, понижены, с ног не вызываются. Плоская стопа. Рефлекс Бабинского (+) с обеих сторон. Координаторные пробы выполняет с промахиванием, в позе Ромберга не устойчива. Расстройств чувствительности нет. Менингеальные симптомы отрицательные. Функция тазовых органов не нарушена.

Дополнительные методы исследования:

Общий анализ крови: Эр-5,1 Т/л, Нв-125 г/л., лейкоц.-7,3 Г/л, э- 2%, сег.- 63%, лф- 28%, мон.- 7%, СОЭ-4 мм\ч.

Общий анализ мочи: цвет- светло-желтый, прозр., кислая, белок- 0 г/л, уд. вес- 1010, в осадке: лейкоц. – 1-2 в п\з, плоск- ед. в п\з, эритроциты- 0 в п\з.

Сахар крови: 4,1 ммоль/л

ЭКГ.: регистрируются единичные наджелудочковые экстрасистолы, ЭОС отклонена влево, ЧСС 68 в минуту. Блокада правой ножки пучка Гисса, инверсия зубца Т.

ЭЭГ-исследование: нарушения в виде диффузной дельта- и тета-активности, редукции альфа-ритма.

КТ головного мозга: КТ-признаки резидуальной энцефалопатии.

МР-томография атрофию спинного мозга и уменьшение поперечного размера спинного мозга, особенно усиливающееся в каудальном направлении на развернутой стадии, и умеренно выраженную атрофию моста, мозжечка и продолговатого мозга.

Консультация генетика: увеличение числа повторов в 1 ом интроне в гене FXN (до 1500), обнаружены мутации в последовательности гега FXN

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).
7. Назовите рекомендации пациенту и его родственникам по укреплению здоровья (ПК-9).

Задача 15

Ребёнок 4 лет, жалуется на головную боль, тошноту, боли в суставах.

Анамнез: в течении трёх недель лечился у ЛОР-врача по поводу эпиглотита. Сегодня после дневного сна повысилась температура до фебрильных цифр, отмечалась многократная рвота, не связанная с приёмом пищи, апатия сменяющаяся беспокойством. Машиной «СП» доставлен в стационар.

Общее состояние тяжелое. Сознание нарушено до уровня оглушения. Периодически эпизоды психомоторного возбуждения.

Соматический статус: кожные покровы бледные. Одышка. Тоны сердца глухие, пульс слабого напряжения, АД снижено.

Неврологический статус: полуптоз с двух сторон. Глазные яблоки не доводит до наружных краев глаз, болезненность при надавливании на них. Мидриаз с обеих сторон. Зрачковые реакции снижены. Носогубные складки асимметричны. Язык по средней линии. Активные движения в конечностях в полном объёме. Глубокие рефлексы симметричны, высокие. Симптом Бабинского с двух сторон. Чувствительность - выраженная общая гиперестезия. Выявляются кранио-базальные симптомы, ригидность шейных мышц (четыре поперечника пальцев), симптомы Кернига, Брудзинского (верхний, средний, нижний), Кернига. Периодически клонические судороги, переходящие в эпистатус.

Дополнительные методы исследования.

Анализ крови: Эр — 4,0 Т/л, Нь — 110 Г/л, Л — 4,3 Г/л, нейтрофилёз, СОЭ — 60 мм/ч.

Ликвор — мутный, молочно-белого цвета, нейтрофилы — 10 тыс. в 1 мкл, давление повышено, белок — 6,9 Г/л, глюкоза, хлориды - снижены. При посеве на шоколадный агар можно высеять вобудителя.

Рентгенография костей черепа — без изменения.

Эхо-ЭС — срединный комплекс не смещён, регистрируются дополнительные эхо-сигналы.

Бактериоскопия ликвора, крови — обнаруживаются полиморфные
грамотрицательные палочки Афанасьева-Пфейфера.

Экспресс-методы: реакции комплемент-агглюцинации и латекс-агглюцинации

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).
7. Назовите рекомендации пациенту и его родственникам по укреплению здоровья (ПК-9).

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия»
Институт последипломного образования

Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины

Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«Нейрохирургия»

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - невролог
Направление подготовки:	31.08.42 Неврология
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ДВ.1.2

1. Паспорт ОС по дисциплине «Нейрохирургия»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	2 год обучения
ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	2 год обучения
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	2 год обучения
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи	2 год обучения
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы логики - философские диалектические принципы - методологию диагноза <p>Умеет:</p> <p>Клинически мыслить</p> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением - способностью к анализу и синтезу 	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет 2 год обучения

2.	ПК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> – вопросы развития, нормальной анатомии и гистологии центральной и периферической нервной системы у детей и взрослых – физиологические основы функционирования головного и спинного мозга у детей и взрослых – вопросы анатомии и физиологии ликворной системы <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить самостоятельный прием неврологических больных в поликлинике <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основными принципами профилактики функциональных нарушений нервной системы 		
3.	ПК-2	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - порядок проведения профилактических медицинских осмотров и диспансерного наблюдения <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильно и максимально полно опрашивать больного, собирать анамнез заболевания и анамнез жизни, проводить полное неврологическое обследование взрослых и детей, выявлять общие и специфические признаки патологии нервной системы <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - комплексом методов стандартного неврологического обследования. 		
4.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - виды функциональных и клинических исследования нервной системы у детей и взрослых, применяемые на современном этапе - симптомы и синдромы поражения различных отделов нервной системы, - вопросы ранней диагностики и дифференциальной диагностики неврологических заболеваний - современную систему диагностики заболеваний и травм нервной системы, включающую клинические методы, лабораторную, инструментальную, нейрофизиологическую, ультразвуковую и рентгено-радиологическую диагностику - классификацию и клинические особенности врождённых аномалий центральной нервной системы 		

		<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильно интерпретировать результаты инструментальных исследований (ультразвукового, рентгеновского: магнитно-резонансной и компьютерной томографии, ангиографического исследования), - выявлять основные жалобы, проводить обследование и дифференциальную диагностику при сосудистых, опухолевых, воспалительных и паразитарных заболеваниях нервной системы, эссенциальной эпилепсии и эпилептических синдромах, травмах нервной системы, дегенеративных поражениях позвоночника. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - комплексом методов стандартного неврологического обследования, - методами лечебно-диагностических пункций и малоинвазивных хирургических вмешательств. 		
5.	ПК-6	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - порядки оказания медицинской помощи неврологическим больным <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определять объем и место оказания дальнейшей медицинской помощи (в приемном отделении, стационаре, многопрофильном лечебном учреждении), - определить объем и сроки обследования при поражениях нервной системы, - определять лечебную тактику при заболеваниях нервной системы <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основными принципами лечения при функциональных нарушениях нервной системы - основными навыками диагностики и лечения черепно-мозговой и спинно-мозговой травмы - основными принципами лечения сосудистых заболеваний центральной нервной системы - основными принципами лечения при нейроонкологии - основными принципами лечения воспалительных и паразитарных заболеваний нервной системы - основными принципами лечения эпилептических синдромов 		

		<ul style="list-style-type: none"> - основными принципами лечения дегенеративных заболеваний позвоночника - основными принципами интенсивной терапии при ургентной патологии 		
6.	ПК-8	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - вопросы медико-социальной реабилитации при патологии нервной системы <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовывать лечебно-диагностическую работу по неврологии в условиях поликлиники и стационара <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основными принципами лечения, включая восстановительное лечение, при нейроонкологии, сосудистых заболеваниях центральной нервной системы, травмах нервной системы воспалительных и паразитарных заболеваниях, эпилептических синдромах, дегенеративных заболеваниях позвоночника. 		

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено» и «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	<p>Умеет: абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p>	<p>Умеет <u>Не может провести</u> анализ предложенных случаев и</p>

	Владеет: абстрактно мыслит, анализирует и делает ВЫВОДЫ	сделать ВЫВОДЫ
ПК-1	Умеет: <i>осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i> Владеет: <i>осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i>	Умеет <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
ПК-2	Умеет: <i>проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</i> Владеет: <i>проводит профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществляет диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</i>	Умеет: <u>не способен</u> проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными
ПК-5	Умеет: <i>определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i> Владеет: <i>определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i>	Умеет <u>Не способен</u> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.
ПК-6	Умеет: <i>вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи</i>	Умеет: <u>Не способен</u> к ведению и лечению пациентов,

	Владеет: <i>ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи</i>	<i>нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи.</i>
ПК-8	Умеет: <i>применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</i> Владеет: <i>применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</i>	Умеет: <u>Не способен</u> <i>применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</i>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

1. Хореический гиперкинез возникает при поражении:
 - а) палеостриатума,
 - б) неостриатума,
 - в) медиального бледного шара,
 - г) латерального бледного шара.
2. Регуляция мышечного тонуса мозжечком при изменении положения тела в пространстве осуществляется через:
 - а) красное ядро,
 - б) люисово тело,
 - в) черное вещество
 - г) полосатое тело.
3. Биназальная гемианопсия наступает при поражении:
 - а) центральных отделов перекреста зрительных нервов,
 - б) наружных отделов перекреста зрительных нервов,
 - в) зрительной лучистости,
 - г) зрительных трактов.
4. Через верхние ножки мозжечка проходит путь:
 - а) задний спинно-мозжечковый.
 - б) передний спинно-мозжечковый.
 - в) лобно-мосто-мозжечковый,
 - г) затылочно-височно-мосто-мозжечковый.
5. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении:
 - а) обонятельного бугорка,
 - б) обонятельной луковицы,
 - в) височной доли
 - г) теменной доли.
6. При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия:
 - а) динамическая,
 - б) вестибулярная,
 - в) статическая
 - г) сенситивная.
7. При периферическом парезе левого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет левого глаза, гиперестезии в средней зоне Зельдера слева, патологических рефлексх справа очаг локализуется:
 - а) в левом мосто-мозжечковом углу,
 - б) в правом полушарии мозжечка,
 - в) в мосту мозга слева,
 - г) в области верхушки пирамиды левой височной кости.
8. Миелин в центральной нервной системе вырабатывают:
 - а) астроциты,
 - б) олигодендроглиоциты,
 - в) микроглиоциты
 - г) эпендимоциты.
9. Гемианестезия, гемиатаксия, гемианопсия характерны для поражения:
 - а) бледного шара,
 - б) хвостатого ядра,
 - в) красного ядра
 - г) таламуса.

10. Сочетание нарушения глотания и фонации, дизартрии, пареза мягкого неба, отсутствия глоточного рефлекса и тетрапареза свидетельствует о поражении:
- а) ножек мозга,
 - б) моста мозга,
 - в) продолговатого мозга,
 - г) покрышки среднего мозга.
11. Для поражения локтевого нерва на уровне запястья не является характерным:
- а) слабость разгибания и приведения пятого пальца,
 - б) нарушение приведения первого пальца,
 - в) наличие гипестезии на тыльной поверхности пятого пальца,
 - г) наличие парестезии по внутренней поверхности кисти.
12. Полушарный парез взора (больной смотрит на очаг поражения) связан с поражением доли:
- а) лобной,
 - б) височной,
 - в) теменной,
 - г) затылочной.
13. Для выявления патологических процессов в задней черепной ямке целесообразно применить:
- а) компьютерную томографию,
 - б) компьютерную томографию с контрастированием,
 - в) магнитно-резонансную томографию,
 - г) позитронно-эмиссионную томографию.
14. Ликворологическое исследование противопоказано даже при отсутствии признаков интракраниальной гипертензии, если подозревается:
- а) невринома VIII в I (отитрической) стадии клинического течения,
 - б) невринома VIII во II (отоневрологической) стадии клинического течения,
 - в) опухоль височной доли,
 - г) опухоль лобной доли.
15. 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.
16. Диффузное аксональное повреждение головного мозга при черепно-мозговой травме характеризуется:
- а) длительным коматозным состоянием с момента травмы,
 - б) развитием комы после "светлого" периода,
 - в) отсутствием потери сознания,
 - г) кратковременной потерей сознания.
17. Нарастание мидриаса на стороне эпидуральной гематомы и гемипареза на другой стороне обусловлено:
- а) асимметричной гидроцефалией,
 - б) сдавлением коры моторной области,
 - в) ущемлением ствола в затылочном отверстии,
 - г) сдавлением ножки мозга.
18. Эпилептический синдром при структурной эпилепсии проявляется джексоновскими припадками при локализации патологического очага в области:
- а) лобной доли,
 - б) теменной доли,
 - в) центральных извилин,
 - г) извилины Гешля.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача 1.

Больной 50 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на боли в области поясницы, затруднения при ходьбе, пошатывание, усиливающееся в темноте, чувство онемения и скованности в ногах.

Из анамнеза известно, что стал отмечать онемение около 2-х лет назад, которое сначала локализовалось в стопах и постепенно распространилось вверх до уровня поясничного отдела. Параллельно с онемением стал отмечать неуверенность походки. Несколько позднее присоединилась скованность в ногах из-за чего стало трудно ходить.

В неврологическом статусе. При осмотре мышечная сила в ногах достаточная, тонус повышен по спастическому типу, несколько больше справа. Коленные и ахилловы рефлексы высокие с расширенными зонами, клонус стоп. Справа подошвенный рефлекс не вызывается, слева - снижен. В пробе Ромберга с открытыми глазами неустойчив. При закрывании глаз пошатывание значительно усиливается. Снижение поверхностной и глубокой чувствительности с уровня D12 - L1.

Проведено обследование.

На МР- томограмме грудного и поясничного отделов позвоночника на уровне D10 - D11 позвонков имеется опухолевидное, неправильной формы образование гетерогенной структуры с сигналом высокой и низкой интенсивности в режиме T2 и T1 соответственно (рисунок). Образование разрушает дужку и распространяется на мягкие ткани, значительно сдавливая спинной мозг на уровне D10 - D11.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Ситуационная задача 2

Больная 74 лет. Поступила в клинику с жалобами на сильную головную боль, светобоязнь, тошноту, слабость в правых конечностях. Была найдена родственниками на полу со следами рвоты.

В анамнезе гипертоническая болезнь.

При осмотре: состояние тяжелое, глубокое оглушение, речевой контакт затруднен из-за афазии. Держится левой рукой за голову, гиперестезия на внешние раздражители. Выявляются ригидность мышц затылка, симптомы Кернига, Бехтерева. Зрачки D=S, фотореакция сохранена. Умеренный правосторонний гемипарез 3.0 балла. Мышечный тонус в правых конечностях снижен, глубокие рефлексы D<S, симптом Бабинского справа.

После люмбального прокола получена ксантохромная церебро-спинальная жидкость, цитоз 9/3, белок 0.66 мг % (анализ ликвора прилагается).

Анализ ликвора: цвет - ксантохромный (до и после центрифугирования), прозрачный, цитоз 2 нейтрофила, 7 лимфоцитов (9/3), белок 0.66 мг %.

КТ головного мозга (рисунок): в глубинных отделах левого полушария головного мозга определяется участок неравномерно повышенной плотности, размерами 33-30-25 мм, окруженный ободком пониженной плотности. Передний рог и тело левого бокового желудочка поджаты, примыкающие к отмеченной структуре борозды лобной и височной долей сглажены. Под мозжечковым наметом (парасагитально слева) отмечено образование ликворной плотности до 35 мм в диаметре.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Ситуационная задача 3.

Больная 43 лет поступила в клинику нервных болезней в плановом порядке с жалобами на стойкие головные боли, значительное повышение веса, высокие цифры артериального давления, незначительное изменение черт лица. Последние 3 - 4 месяца стала отмечать снижение зрения.

Из анамнеза известно, что первые симптомы в виде повышения веса, стойкого высокого артериального давления стали отмечаться 2,5 - 3 года назад. В последующем присоединились остальные жалобы. Больная отмечает нарастание вышеуказанных симптомов.

При осмотре: в сознании, контактна, адекватна, правильно ориентирована. Повышенного питания с ожирением по верхнему типу, стрии на бедрах и пояснице. Кожные покровы красноватые, на лице угревая сыпь. Выраженный гипертрихоз. Элементы акромегалии. Со стороны черепных нервов: битемпоральная гемианопсия, а также выпадение части поля зрения, прилежащей к наружной половине правого глаза. Другой очаговой симптоматики не выявляется.

Результаты обследования

На магнитнорезонансной томографии в проекции гипофиза выявляется неправильной формы образование, выступающее за пределы турецкого седла и подавляющее снизу на перекрест зрительных нервов

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Ситуационная задача 4.

Больной 45 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на упорные головные боли, слабость в левых конечностях.

Из анамнеза известно, что головные боли беспокоят в течение 7-8 лет. Последние 2-2,5 года стал отмечать нарастающее онемение и неловкость в левой руке и ноге, снижение зрения на правый глаз. За этот период отмечались три приступа клонических судорог в этих же конечностях.

При осмотре: в сознании, контактен, адекватен, правильно ориентирован. Беспокоит головная боль. Менингеальных симптомов нет. Очаговые неврологические симптомы представлены резким снижением остроты зрения на правый глаз, вовлечением лицевого и подъязычного нервов по центральному типу слева, левосторонним гемипарезом со снижением силы в руке и ноге до 2 баллов, снижением поверхностной и глубокой чувствительности по гемитипу слева.

Результаты обследования.

На глазном дне справа первичная атрофия диска зрительного нерва.

На магнитнорезонансной томографии в правом полушарии головного мозга определяется округлой формы образование размерами 8x10x6 см с гомогенной структурой и капсулой, прилегающей к оболочкам головного мозга. После введения контрастного вещества отмечается его интенсивное и равномерное накопление в этом образовании

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Ситуационная задача 5.

Больной 62 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на головные боли, нарушение речи, слабость в правых конечностях.

Из анамнеза. Со слов больного и сопровождающих его родственников головные боли беспокоят в течение 2-3 лет и на протяжении последнего года усилились и стали более частыми. В течение последнего года присоединились слабость в правых конечностях и стали отмечаться нарушения речи.

При осмотре: в сознании, контактен, адекватен, правильно ориентирован, но психомоторные реакции несколько замедленны. Менингеальных симптомов нет. Центральный парез лицевого и подъязычного нервов справа, правосторонний гемипарез со снижением силы до 2 - 3 баллов. Хватательный рефлекс справа. Правосторонняя гемигипестезия. Элементы моторной афазии.

Результаты обследования.

На глазном дне - слева симптомы атрофии зрительного нерва, справа - проявления застоя.

На ЭЭГ - фокус медленно-волновой активности в лобно-височно-теменных отведениях в виде регулярных дельта колебаний.

На МРТ без введения контрастного вещества выявляется зона сигнала пониженной и повышенной интенсивности в режимах T1 и T2, соответственно, в проекции лобно-теменных отделов левого полушария размерами 65 x 60 мм, которая инфильтрирует окружающие мозговые структуры.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Ситуационная задача 6.

Больной 31 года поступил в клинику нервных болезней с жалобами на боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с иррадиацией по задне-наружной поверхности левого бедра и голени, ограничение движений. Вышеуказанные жалобы появились после поднятия тяжестей.

При осмотре: состояние удовлетворительное, высокого роста, астенического телосложения, ограничены наклоны туловища вперед, в меньшей степени назад. В неврологическом статусе положительные симптомы натяжения (Нери, Дежерина, Ласега) с двух сторон, больше слева, напряжение длинных мышц спины, сколиоз в пояснично-крестцовом отделе позвоночника дугой вправо, снижение левого ахиллова рефлекса, слабость разгибателя большого пальца левой стопы.

Результаты обследования.

На магнито-резонансной томографии пояснично-крестцового отдела позвоночника между телами L5 и S1 позвонков определяется образование, выступающее в спинномозговой канал.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).

3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Ситуационная задача № 7.

Больная 42 лет. Считает себя больной в течение последних трех месяцев, когда стала отмечать головную боль, усиливающуюся в ночное и утреннее время, особенно при попытке встать с постели, при перемене положения головы. Стала отмечать чувство дурноты в транспорте, заметила, что плохо понимает обращенную речь. На фоне нарастания головной боли появилась аграфия, стала пропускать буквы, не могла написать письмо родителям (отметила, что не понимает смысла написанного).

При поступлении отмечено: сильная головная боль диффузного характера, выраженный менингеальный синдром, болезненность при движении глазных яблок, больная не всегда понимает обращенную речь, затрудняется в подборе слов. Выявлены аграфия, акалькулия, апраксия, горизонтальный нистагм при взгляде вправо, четкая правосторонняя пирамидная недостаточность со снижением силы в правой руке, расстроены глубокие виды чувствительности справа.

При люмбальной пункции получен бесцветный прозрачный ликвор (анализ прилагается).

Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розовые, границы их ступеваны, больше слева, артерии узковаты, вены напряжены.

На рентгенограмме черепа выражены пальцевые вдавления, порозность спинки турецкого седла. На Эхо-ЭГ выявляется смещение срединных структур мозга слева направо на 6 мм.

На ЭЭГ фокус медленно волновой активности тета-диапазона в левом полушарии. Анализы крови и мочи без особенностей.

Анализ ликвора: цвет - бесцветный, прозрачность - прозрачный, давление - 310 мм вод. ст., цитоз - 1/3, белок - 0.99 мг %.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Ситуационная задача № 8.

Больная 38 лет обратилась в клинику нервных болезней с жалобами на безболевого ранения пальцев кистей, длительно сохраняющиеся трофические нарушения, изменения цвета ногтей, их повышенную ломкость.

Из анамнеза. Последние 1,5-2 года отмечается похудание мышц кистей, незначительная слабость в них.

При осмотре: состояние удовлетворительное, черты дизрафического статуса в виде очень низкого роста, короткой шеи, добавочных шейных ребер, высокого твердого неба. В неврологическом статусе: общемозговой и менингеальной симптоматики нет. Со стороны черепных нервов без патологии. Снижение мышечной силы в кистях до 4.0 баллов. Карпорадиальный рефлекс снижен, D<S. Рефлексы с двухглавой и трехглавой мышц обычной живости, равномерные. Сегментарные нарушения поверхностной чувствительности на уровне С4 - С8. Нарушений глубокой чувствительности на руках не выявляется.

На МРТ отмечается расширение центрального канала спинного мозга, уменьшение высоты межпозвоночных дисков на шейном уровне, уплощен шейный лордоз.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).

2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Ситуационная задача № 9.

Больной 67 лет, поступил с жалобами на общую слабость, слабость в левых конечностях. Со слов родственников больного в течение последних нескольких недель больной стал неряшлив, неопрятен в одежде и при физиологических отправлениях. В поведении больного отмечалась эйфория, появление склонности к плоским шуткам.

В анамнезе - операция по поводу опухоли предстательной железы.

При осмотре: центральный парез VII и XII пар черепных нервов слева, парез взора влево. Левосторонний гемипарез до 3 баллов с повышением мышечного тонуса по спастическому типу. Анизорефлексия $S > D$, симптом Бабинского слева. Выраженные рефлекс орального автоматизма. Хватательные рефлекс справа. Чувствительность сохранена. В пробе Ромберга отклоняется влево. К проводимому осмотру больной безразличен, не интересуется своим заболеванием и лечением, критика к своему состоянию значительно снижена. При выполнении серий движений нарушается переключение с одного движения на другое, задание выполняется медленно, с остановками, отмечаются персеверации, что также проявляется при письме. При выполнении сложных целенаправленных действий больной не в состоянии составить необходимую программу последовательных элементарных движений, что приводит к невозможности выполнения задания. Однако сам больной не замечает и не корректирует свои ошибки.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Ситуационная задача № 10.

Больная 70 лет поступила в клинику нервных болезней с жалобами на неуверенность и шаткость при ходьбе, частые падения без потери сознания, нечеткость и двоение предметов.

Из анамнеза. Считает себя больной в течение последнего месяца, когда постепенно начали нарастать вышеуказанные симптомы.

При осмотре: состояние средней тяжести. В сознании, в контакт вступает с трудом, быстро истощается. Менингеальных симптомов нет. Со стороны черепных нервов: глазные щели $S < D$, парез взора вверх, ограничение движения левого глазного яблока внутрь, вверх и вниз, анизокория $S > D$, фотореакция слева снижена. Легкий правосторонний гемипарез, симптом Бабинского справа. Неуверенность при выполнении координаторных проб правыми конечностями. Чувствительность не изменена.

На магнито-резонансной томографии определяется сигнал повышенной интенсивности на T2-взвешенных изображениях в области левой ножки мозга и оральных отделов левой половины моста.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Ситуационная задача № 11.

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 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 - сопора, легкого расходящегося косоглазия за счет правого глазного яблока, анизокория (за счет расширения правого зрачка), снижения фотореакции. В левых конечностях отмечено снижение мышечной силы до 4 баллов.

При проведении **компьютерной томографии** выявляется структура высокой плотности в правой теменно-височной области, прилегающая к внутренней костной пластинке.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Ситуационная задача № 12.

Больной 21 года поступил в неврологическое отделение с жалобами на слабость и похудание обеих рук, скованность в ногах при ходьбе, императивные позывы на мочеиспускание.

В анамнезе: в течение 1,5 лет беспокоят постепенно нарастающая слабость в обоих верхних конечностях, атрофия мышц плеча, предплечья и кистей. Постепенно присоединилась слабость в ногах (сначала в мышцах бедер, затем в голени), скованность движений при ходьбе. Больной наблюдался в поликлинике по поводу шейной миелопатии. За несколько месяцев до госпитализации периодически стал отмечать императивные позывы на мочеиспускание.

В неврологическом статусе - общемозговых и менингеальных симптомов нет. Черепные нервы без особенностей. Обращает внимание диффузная гипотрофия мышц плечевого пояса и верхних конечностей, чуть больше справа, снижение мышечной силы до 2-3 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы с верхних конечностей резко снижены с двух сторон, особенно справа. В нижних конечностях выявляется нижний спастический паразетез со снижением силы в проксимальном отделе до 2-3 баллов и в меньшей степени в мышцах голени до 3 баллов. Коленные и ахилловы рефлексы повышены D> S. Проводниковые расстройства чувствительности с уровня С5 с двух сторон. Симптом Бабинского с 2 сторон, клонус стопы справа.

При МР-томография шейного отдела позвоночника выявлено увеличение поперечного размера спинного мозга на уровне С2-С6 позвонков за счет структуры с интенсивностью сигнала, близкой к серому веществу.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).

5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Ситуационная задача № 13.

Больной 40 лет поступил в отделение в тяжёлом состоянии. Со слов родственников сегодня внезапно на фоне эмоционального стресса возникла сильная головная боль, по типу “удара кинжалом”. Отмечалась однократная рвота, кратковременное психомоторное возбуждение, сменившееся угнетением сознания.

В анамнезе у больного частые приступы головной боли, по поводу чего было произведено МР-томография головного мозга и МР-ангиография головного мозга.

При осмотре состояние тяжёлое. Уровень сознания - глубокий сон. Выраженный менингеальный синдром в виде ригидности мышц шеи, симптомов Бехтерева, Кернига с двух сторон. Симптомы поражения черепных нервов, парезов конечностей нет. Отмечается двусторонний симптом Бабинского. Другой очаговой неврологической симптоматики не выявляется.

На МР-ангиографии была выявлена аневризма основной артерии.

При люмбальной пункции получен густо окрашенный кровью ликвор, вытекающий под повышенным давлением. После центрифугирования надсадочная жидкость ксантохромная (анализ cerebro-спинальной жидкости прилагается).

Анализ ликвора: цвет - красный, прозрачность - мутный, после центрифугирования - цвет - ксантохромный, прозрачность - опалесцирующий, цитоз - эритроциты покрывают все поле зрения, белок - 0.99 мг %.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Ситуационная задача № 14.

Больной 61 года, поступил в клинику с жалобами на слабость, утомляемость.

Из анамнеза. Со слов родственников в течение последних нескольких месяцев у больного стала снижаться память на текущие события, отмечалось безразличие к происходящему вокруг него. За несколько дней до госпитализации появилась слабость в левых конечностях, выраженность которой колебалась.

При осмотре: левосторонний гемипарез с преобладанием нарушения движений в руке, нарушений всех видов чувствительности слева, левосторонняя гомонимная гемианопсия. Больной дезориентирован в месте и времени, выявляются конфабуляции. При осмотре больной не соблюдает дистанцию по отношению к врачу, считает себя здоровым, не видит причин для его пребывания в больнице. При просьбе врача поднять левую руку, сообщает, что "выполнил задание", при этом не совершив никаких движений. Когда врач обращает его внимание на невозможности выполнения, говорит, что "может поднять руку, но сейчас устал". Грубо нарушено запоминание текущих событий, больной не помнит имя и отчество лечащего врача, коллег по работе, хотя сам оценивает свою память как удовлетворительную. При выполнении произвольных движений не пользуется левыми конечностями. При воспроизведении рисунка не замечает детали, расположенные в левой ее части. Предложенные тексты читает с середины страницы. Не замечает предметы расположенные слева от него.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).

5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Ситуационная задача № 15.

Больной 41 года после приема алкоголя был обнаружен на улице без сознания. Придя в себя, происшедшие с ним события амнезировал.

Из анамнеза. Со времени того события 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, симптом Кернига с двух сторон. Перкуссия черепа болезненна, больше справа, скуловой симптом Бехтерева справа, зрачки равномерные, фотореакция сохранена. Сглажена левая носогубная складка, правосторонний гемипарез со снижением силы до 3 баллов, 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 ступеваны единичные штрихообразные геморрагии, вены заметно расширены, полнокровны.

На МР-томографии (Т1-взвешенные изображения), выполненной через 12 дней после травмы отмечается образование с высокой интенсивностью сигнала, прилегающее к коре обеих полушарий.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия»

Институт последипломного образования

Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины

**Оценочные средства и методические материалы для проведения
промежуточной аттестации по дисциплине
«Нейровизуализация»**

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - невролог
Направление подготовки:	31.08.42 Неврология
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ДВ.2.1

1. Паспорт ОС по дисциплине «Нейровизуализация»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	2 год обучения
ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	2 год обучения
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	2 год обучения
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи	2 год обучения
ПК-10	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы логики - философские диалектические принципы - методологию диагноза <p>Умеет:</p> <p>Клинически мыслить</p> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением - способностью к анализу и синтезу 	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет 2 год обучения

2.	ПК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> – вопросы развития, нормальной анатомии и гистологии центральной и периферической нервной системы у детей и взрослых – физиологические основы функционирования головного и спинного мозга у детей и взрослых – вопросы анатомии и физиологии ликворной системы <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить самостоятельный прием неврологических больных в поликлинике <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основными принципами профилактики функциональных нарушений нервной системы 		
3.	ПК-2	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - порядок проведения профилактических медицинских осмотров и диспансерного наблюдения <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильно и максимально полно опрашивать больного, собирать анамнез заболевания и анамнез жизни, проводить полное неврологическое обследование взрослых и детей, выявлять общие и специфические признаки патологии нервной системы <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - комплексом методов стандартного неврологического обследования. 		
4.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - виды функциональных и клинических исследования нервной системы у детей и взрослых, применяемые на современном этапе - симптомы и синдромы поражения различных отделов нервной системы, - вопросы ранней диагностики и дифференциальной диагностики неврологических заболеваний - современную систему диагностики заболеваний и травм нервной системы, включающую клинические методы, лабораторную, инструментальную, нейрофизиологическую, ультразвуковую и рентгено-радиологическую диагностику - классификацию и клинические особенности врождённых аномалий центральной нервной системы 		

		<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильно интерпретировать результаты инструментальных исследований (ультразвукового, рентгеновского: магнитно-резонансной и компьютерной томографии, ангиографического исследования), - выявлять основные жалобы, проводить обследование и дифференциальную диагностику при сосудистых, опухолевых, воспалительных и паразитарных заболеваниях нервной системы, эссенциальной эпилепсии и эпилептических синдромах, травмах нервной системы, дегенеративных поражениях позвоночника. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - комплексом методов стандартного неврологического обследования, - методами лечебно-диагностических пункций и малоинвазивных хирургических вмешательств. 		
5.	ПК-6	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - порядки оказания медицинской помощи неврологическим больным <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определять объем и место оказания дальнейшей медицинской помощи (в приемном отделении, стационаре, многопрофильном лечебном учреждении), - определить объем и сроки обследования при поражениях нервной системы, - определять лечебную тактику при заболеваниях нервной системы <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основными принципами лечения при функциональных нарушениях нервной системы - основными навыками диагностики и лечения черепно-мозговой и спинно-мозговой травмы - основными принципами лечения сосудистых заболеваний центральной нервной системы - основными принципами лечения при нейроонкологии - основными принципами лечения воспалительных и паразитарных заболеваний нервной системы - основными принципами лечения эпилептических синдромов 		

		<ul style="list-style-type: none"> - основными принципами лечения дегенеративных заболеваний позвоночника - основными принципами интенсивной терапии при ургентной патологии 		
6.	ПК-10	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - нормативно-правовую базу ведения больных в поликлинике и стационаре - нормативно-правовые документы (приказы, распоряжения) о порядке оказания медицинской помощи больным - основы экспертизы и определения нетрудоспособности при заболеваниях нервной системы <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - вести медицинскую документацию (истории болезни, амбулаторные карты и др.) - правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты - правильно использовать экономические параметры при оказании медицинских услуг <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основными принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях 		

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено» и «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	Умеет: абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы Владеет: абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы	Умеет <u>Не может провести</u> анализ предложенных случаев и сделать выводы
ПК-1	Умеет: <i>осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i> Владеет: <i>осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i>	Умеет <u>Не способен осуществлять</u> комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
ПК-2	Умеет: <i>проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</i> Владеет: <i>проводит профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществляет диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</i>	Умеет: <u>не способен</u> проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными
ПК-5	Умеет: <i>определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i> Владеет: <i>определяет у пациентов патологические</i>	Умеет <u>Не способен определять</u> у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической

	<i>состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i>	<i>классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</i>
ПК-6	Умеет: <i>вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи</i> Владеет: <i>ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи</i>	Умеет: <u>Не способен к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи.</u>
ПК-10	Умеет: <i>применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</i> Владеет: <i>применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</i>	Умеет: <u>Не способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</u>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10

1. Характерным электроэнцефалографическим признаком очаговых повреждений головного мозга является:
 - а) диффузное снижение вольтажа волн,
 - б) появление локальных Δ -волн,
 - в) наличие пиков (спайков) и острых волн,
 - г) наличие сонных веретен.
2. Для правильного проведения пробы с гипервентиляцией при записи ЭЭГ больной должен делать в минуту глубоких вдохов:
 - а) 10-15
 - б) 16-20
 - в) 20-24
 - г) 25-30.
3. Проба с гипервентиляцией при регистрации ЭЭГ проводится с целью вызвать:
 - а) гипоксию и гипокапнию
 - б) гипероксию и гипокапнию
 - в) гипоксию и гиперкапнию
 - г) гипероксию и гиперкапнию.
4. При локализации опухоли в глубинных отделах полушария головного мозга очаговые изменения электрической активности головного мозга наблюдаются в виде:
 - а) высокоамплитудных колебаний, распространяющихся на несколько областей коры противоположного очагу полушария;
 - б) низкоамплитудных колебаний, локализующихся в одной из областей коры гомолатерального очагу полушария;
 - в) высокоамплитудных колебаний, распространяющихся по нескольким областям коры как пораженного, так и интактного полушария;
 - г) низкоамплитудных колебаний, распространяющихся по нескольким областям коры гомолатерального очагу полушария.
5. Эхоэнцефалоскопия используется для определения:
 - а) смещения срединных структур головного мозга,
 - б) ширины III желудочка,
 - в) локализации боковых желудочков мозга,
 - г) пульсации стенок желудочков мозга.
6. К эпилептиформной активности на ЭЭГ относится:
 - а) высокоамплитудная альфа-активность,
 - б) билатеральные тета-волны,
 - в) локальные острые волны,
 - г) мю-волны в лобно-центральных отведениях.
7. Электрическую активность отдельных мышечных волокон при проведении электронейромиографии можно зарегистрировать с помощью:
 - а) поверхностных электродов,
 - б) игольчатых электродов,
 - в) мультиполярных электродов,
 - г) всего перечисленного.
8. У больного с невралной амиотрофией при ЭНМГ определяется:
 - а) наличие потенциалов фасцикуляций,
 - б) повышение амплитуды осцилляций при произвольном сокращении мышц,
 - в) снижение скорости проведения импульса по периферическому нерву,
 - г) повышение скорости проведения импульса по периферическому нерву.

9. Игольчатая «локальная» электромиография используется для:
- а) проведения методики вызванных потенциалов,
 - б) регистрации спонтанной активности и ПДЕ,
 - в) определения СПИ по сенсорным волокнам периферических нервов,
 - г) определения СПИ по моторным волокнам периферических нервов.
10. При исследовании зрительных вызванных потенциалов у пациента с рассеянным склерозом наблюдается:
- а) увеличение латентности P100.
 - б) снижение амплитуды компонентов ЗВП,
 - в) выпадение ЗВП на стороне поражения,
 - г) повышение латентности P100.
11. Спайки в центральных отведениях ЭЭГ могут наблюдаться при:
- а) головной боли напряжения,
 - б) мигрени,
 - в) внутренней гидроцефалии,
 - г) вегетативных кризах (панических атаках).
12. Затылочные межприступные эпилептиформные разряды в основном наблюдаются при:
- а) ювенильной абсансной эпилепсии,
 - б) детской эпилепсии с затылочными пароксизмами,
 - в) роландической эпилепсии,
 - г) височной эпилепсии.
13. Наиболее типичным признаком поражения срединных структур мозга являются:
- а) билатерально синхронные альфа-колебания,
 - б) фокальные тета- и дельта-волны,
 - в) генерализованные билатеральные тета- и дельта-волны,
 - г) билатеральные медленные волны в затылочных отведениях.
14. Типичными на ЭЭГ для ювенильной миоклонической эпилепсии являются:
- а) фокальные комплексы пик-волна в лобно-центральных отведениях,
 - б) генерализованные билатеральные комплексы пик-волна,
 - в) генерализованные билатеральные двойной-пик-волновые разряды,
 - г) паттерны абсансов частотой 2,5 Гц.
15. При нарушении нервно-мышечной передачи ритмическая стимуляция позволяет:
- а) регистрировать вызванные потенциалы с мышцы,
 - б) получить падение амплитуды М-ответа от стимула к стимулу,
 - в) определить скорость проведения импульса по периферическому нерву,
 - г) регистрировать потенциалы двигательных единиц.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача № 1.

Больного 18 лет с 10-летнего возраста беспокоят судорожные приступы. Вначале приступы характеризовались неприятными ощущениями за грудиной, сердцебиением, гипергидрозом, побледнением кожи и слизистых лица. На протяжении последнего года за перечисленными явлениями следует потеря сознания с последующими тоническими и клоническими судорогами.

В анамнезе частые ангины, острые респираторные заболевания.

В неврологическом статусе отмечается спонтанный нистагм при взгляде в стороны, двустороннее оживление сухожильных рефлексов.

ЭЭГ – диффузная дизритмия с наличием всплеск пароксизмальной билатеральной активности типа «пик-волна» в передних отделах полушарий.

По данным ЭхоЭГ - дислокации срединных структур мозга нет.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-6).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).

Ситуационная задача № 2.

Больная Н., 27 лет, доставлена в больницу на носилках из-за выраженной слабости в конечностях, особенно в ногах, болей, парестезий и онемения в них, слабости в мышцах лица.

Анамнез заболевания. Заболела 2 дня назад, после перенесенной ОРЗ, когда появились боли и слабость в ногах, а через день и в руках, сегодня утором перекосило лицо.

В неврологическом статусе: лицо амимично, плохо морщит лоб, глаза полностью не закрывает (лагофтальм), оскал зубов затруднен, не может надуть щеки и сложить губы в трубочку. Активные движения в конечностях резко ограничены, особенно в ногах, сила и тонус снижены, сухожильные рефлексы не вызываются. Гипестезия в дистальных отделах конечностей по типу «носков» и «перчаток».

При ЭМГ выявлены признаки снижения скорости проведения импульса по локтевому нерву, амплитуды осцилляций при произвольном сокращении мышц предплечья.

В ликворе: цитоз 10 клеток в 1 мкл за счет лимфоцитов, белок 1,6г/л.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-6).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).

Ситуационная задача № 3.

Больной Е., 36 лет. Жалуется на приступы судорожных подергиваний правой руки, начавшиеся 6 месяцев назад и повторяющиеся 1-2 раза в месяц.

Анамнез заболевания. В течение последней недели приступы развивались ежедневно, трижды во время приступа больной терял сознание, отмечались генерализованные тонико-клонические судороги. Беспокоит также головная боль с рвотой, светобоязнь. После приступа, который длится 2-3 минуты, отмечается слабость в правой руке, затруднение речи. Все эти явления регрессируют через 2-3 часа.

Объективно: сглажена правая носогубная складка, язык отклоняется вправо. Сухожильные рефлексы D>S, выявляются справа патологические рефлексы: верхний и нижний Россоломо, Бабинского, Оппенгейма. Чувствительных расстройств нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Намечена ригидность мышц затылка, симптом Кернига под углом 140°.

Результаты обследования

На глазном дне – застойные диски зрительных нервов.

ЭхоЭГ – смешение М-эха слева направо на 7мм.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-6).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).

Ситуационная задача № 4.

Больная Н., 16 лет на уроке в школе потеряла сознание. Отмечались генерализованные судороги тонико-клонического характера. Перед приступом ощутила запах жженой резины.

Анамнез заболевания. С 10-летнего возраста 1-2 раза в год возникали состояния «замирания», приступы «неожиданного падения», которые девочка амнезировала. В течение последнего года появилась раздражительность, снохождение, сноговорение.

Эпилептические приступы отмечались у тети по материнской линии.

Объективно: общемозговой и очаговой симптоматики нет.

На ЭЭГ – комплексы «острая-медленная волна», билатерально синхронно, усиление пароксизмальной активности после гипервентиляции.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-6).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).

Ситуационная задача № 5.

Больной Г. 47 лет поступил в неврологическое отделение с жалобами на нарастающую слабость и чувство онемения в конечностях.

Анамнез заболевания. Заболел 2 дня назад после длительного переохлаждения, когда появилось ощущение ползания «мурашек» сначала в одной, а затем в другой стопе, которое в течение нескольких часов распространилось до середины бедер. На следующее утро появились парестезии в кистях и слабость в ногах. В прошлом отмечает только детские инфекции и простудные заболевания. Туберкулез и венерические заболевания отрицает. Не курит, алкоголь употребляет редко, в умеренных количествах.

Общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких везикулярное дыхание, ЧД — 18 в 1 минуту. Тоны сердца чистые, ритмичные, ЧСС — 76 в 1 минуту, пульс удовлетворительного наполнения. АД — 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание в норме. Температура тела нормальная. **Неврологический статус:** зрачки D = S, фотореакции есть. Движения глазных яблок в полном объеме. Лицо симметрично. Глотание, фонация — не нарушены. Глоточные рефлексы D = S, живые. Глубокий тетрапарез с пlegией обеих стоп, в остальных сегментах мышечная сила от 1,5 до 2 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук, коленные и ахилловы рефлексы не вызываются. Патологических знаков нет. Менингеальных знаков нет. Гипалгезия по типу «гольфов» и «высоких перчаток» (до середины предплечий), нечеткое нарушение суставно-мышечного чувства в пальцах ног, D=S.

Клинический и биохимический анализы крови — норма.

В ликворе белок — 0,2 г/л, цитоз — 10 кл в п/зр (лимфоциты). ЭКГ — синусовый ритм. Рентгенограмма органов грудной клетки — без патологии. ЭМГ — в n. peroneus d. et sin. снижение амплитуды по М-ответу до 1,2 мВ; снижение СРВ в верхних конечностях до 4,3 м/с. Несмотря на проводимую терапию, состояние больного прогрессивно ухудшалось — развилась тетраплегия, парез мышц грудной клетки, дисфагия, а затем афагия, афония, глоссоплегия, двусторонний парез мимической мускулатуры. Больной был переведен в отделение реанимации, интубирован.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-6).

4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).

Ситуационная задача № 6.

Больной 30 лет предъявляет жалобы на головокружение, неустойчивость при ходьбе.

Из анамнеза известно, что около 2-х месяцев назад после посещения сауны появилось двоение в глазах, которое прошло через неделю без лечения и до настоящего времени его ничего не беспокоило.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. АД 110/80 мм.рт.ст., PS 78 уд.в мин.

Неврологически: горизонтальный билатеральный нистагм. В позе Ромберга неустойчив, координационные пробы выполняет с выраженной интенцией и мимопопаданием. Положительны верхняя и нижняя пробы Барре. Сухожильные и периостальные рефлексы на руках и ногах высокие, выявляются патологические стопные рефлексы сгибательного и разгибательного типов. Менингеальных знаков нет.

При МРТ головного мозга выявлены множественные гиперинтенсивные очаги в T₂ режиме, расположенные в обоих больших полушариях перивентрикулярно и субтенториально, в полушариях мозжечка, из которых один накапливает контраст, а также гиперинтенсивный очаг в шейном отделе спинного мозга.

Исследование ВП выявило замедление проведения импульса по зрительным нервам.

На глазном дне - побледнение височных половин дисков зрительных нервов.

В общем анализе эритроциты – $5.1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $7.4 \times 10^9/л$, гемоглобин – 151 г/л, тромбоциты $250 \times 10^9/л$, СОЭ – 5 мм/час.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-6).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).

Ситуационная задача № 7.

Больной Д.М. 7 лет. Родители обратились с жалобами на приступы «замирания» у сына.

Анамнез заболевания. Со слов родителей, впервые заметили приступы у сына в возрасте 6 лет. Во время приступов мальчик прерывает совершаемые действия, взгляд становится «пустым». Ребенок приступы не осознает. Приступы длятся несколько секунд. Частота приступов от единичных до десятков в сутки, преимущественно после сна. Обострения чаще всего связаны с плохим сном, во сне беспокоен, «возится в кровати».

Анамнез жизни. Рожден от I беременности 22-летней матерью. Акушерский анамнез матери не отягощен. Рос и развивался в соответствии с возрастом. Дядя по линии матери страдает эпилепсией. Врачом по месту жительства назначен суксилеп 500 мг/сут., однако приступы не прекратились.

Объективно: интеллект соответствует возрасту. В неврологическом статусе – черепная иннервация интактна. Двигательных, чувствительных нарушений не выявлено.

Электроэнцефалограмма дезорганизована, уплощена. Через 59 сек. от начала записи в ЭЭГ отмечена генерализованная синхронная симметричная активность в виде комплексов спайк-волна 3 Гц.

Проведена КТ головного мозга: патологии не выявлено.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-6).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).

Ситуационная задача № 8.

Пациентка М. 23 лет обратилась с жалобами на приступы при пробуждении, протекающие с потерей сознания, генерализованными тонико-клоническими судорогами.

Анамнез жизни. Наследственность отягощена: тетья по линии матери страдает эпилепсией. Родилась от 1-й беременности, протекавшей с гестозом 1 триместра беременности. Роды у матери - в срок со стимуляцией, родилась с массой тела 3,500кг. Период новорожденности протекал без особенностей. Раннее психомоторное развитие соответствовало возрасту.

Анамнез заболевания. Первые симптомы заболевания появились в возрасте 12 лет, когда впервые при пробуждении возник приступ с потерей сознания, генерализованными тонико-клоническими судорогами, непроизвольным мочеиспусканием. Продолжительность приступа около 2-х минут, после приступа – сон. В дальнейшем приступы стали повторяться с частотой 1-2 раза в месяц. Все приступы наблюдались в утренние часы, после пробуждения. Через 3 месяца от начала заболевания к генерализованным тонико-клоническим приступам присоединились миоклонические приступы. Миоклонические приступы отмечались ежедневно утром, протекали без потери сознания, в виде коротких серий продолжительностью не более 5 секунд и локализацией преимущественно в мышцах проксимальных отделов верхних конечностей. В неврологическом статусе – без патологии.

ЭЭГ: генерализованные билатерально-синхронные разряды пик-, полипик-медленная волна, частотой 3,5 Гц.

По данным КТ головного мозга: умеренное расширение боковых желудочков.

На глазном дне: диски зрительных нервов бледно-розовые, границы четкие, артерии и вены нормального калибра.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-6).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).

Ситуационная задача № 9.

Больной Б. 46 лет на протяжении нескольких лет страдает хроническим алкоголизмом.

Анамнез заболевания. Месяц назад появилось постепенно нарастающее чувство «ползания мурашек» в кистях и стопах, боль в икроножных мышцах. Позднее появилось пошатывание при ходьбе, особенно в темноте, стал ронять предметы из рук.

Объективно: функция черепных нервов не нарушена. Походка атактическая. При ходьбе смотрит на ноги. Объем активных движений рук и ног не ограничен. Мышечная сила снижена в дистальных отделах рук и ног. Мышечный тонус понижен. Локтевые и коленные рефлексы удовлетворительные, равномерные, карпорадиальные и ахилловы – отсутствуют. Аналгезия на кистях и стопах по типу «перчаток и носков». Нарушена вибрационная чувствительность и расстроено мышечно-суставное чувство в пальцах ног. Отмечается болезненность при пальпации по ходу седалищных нервов. Стопы и кисти отечные, влажные, несколько цианотичные, холодные. Тазовых расстройств нет.

Электронейромиография – снижение скорости проведения импульса по большеберцовому нерву симметрично, снижение ПДЕ.

Анализ ликвора – бесцветный, прозрачный, белок – 0,33 г/л, цитоз -5 в мм³, глюкоза – 2,0 ммоль/л.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-6).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).

Ситуационная задача № 10.

Больная лет, поступила в сосудистый центр через 1.5 часа после развития инсульта на работе (головокружение, нарушение речи, слабость в правой половине тела).

Анамнез: длительное время страдает гипертонической болезнью, препараты принимает нерегулярно, перенесла ишемический инсульт в 2016 году, полностью восстановилась.

В общем статусе: сознание ясное. Дыхание везикулярное, ЧД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС 76 в мин, АД 120/80 мм РТ. Ст.

В неврологическом статусе: язык чуть вправо, дизартрия, сила мышц в правой руке и ноге 4 балла. Инструкции выполняет в полном объеме.

УЗДГ брахиоцефальных сосудов: эхографические в области бифуркации ЛОСА по передней и задней стенкам определяются гетерогенные атеросклеротические бляшки, стенозирующие просвет сосуда до 25-30% по диаметру. В просвете ЛВСА (на изгибе) гетерогенная атеросклеротическая бляшка стенозирующая просвет сосуда до 30-35% по диаметру. В области бифуркации ПОСА по передней и задней стенкам гетерогенные атеросклеротические бляшки, стенозирующие просвет сосуда до 40-45% по диаметру. Деформация обеих ПА в сегментах V2, V1.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-6).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).

Ситуационная задача № 11.

Больной 59 лет с жалобами на смазанность речи, головокружение слабость в ногах и левой руке поступил в первичный сосудистый центр через 20 часов после развития инсульта.

Из анамнеза: проживает с семьей, инвалид 2 группы. Страдает гипертонической болезнью. 5 месяцев назад перенес ИИ в ЛСМА (элементы моторной афазии, легкий правосторонний гемипарез).

Объективно: состояние тяжелое, в сознании ШКГ 15. Кожные покровы обычной окраски, акроцианоза нет. Дыхание везикулярное, ЧД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 77 ударов мин. АД 140/90 мм РТ. Ст. В неврологическом статусе движения глазных яблок в полном объеме, сглажена левая н/губная складка, язык отклоняется влево, дизартрия. Легкий левосторонний гемипарез (4 б). патологические рефлекс с двух сторон, правосторонняя гемигипестезия.

УЗДГ, ТКДС: в просвете ЛОСА по задней, задне-медиальной и передней стенкам несколько гетерогенных атеросклеротических бляшек, стенозирующих просвет сосуда до 25-30% по диаметру. В области бифуркации ЛОСА по передней стенке гетерогенная атеросклеротическая бляшка, стенозирующая просвет сосуда до 40% по диаметру. В

просвете ПОСА стенозирующие атеросклеротические бляшки (стеноз до 20-25% по диаметру). Стеноз ПВСА до 50% по диаметру, стеноз ППМА до 60%, стеноз ПСМА до 50-55% по диаметру. Церебральный кровоток с перетоком из ВББ в каротидный бассейн через интракраниальные анастомозы.

МСКТ головного мозга – признаков ОНМК при обследовании не выявлено.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-6).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Ивановская государственная медицинская академия»
Институт последипломного образования

Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины

Оценочные средства и методические материалы для проведения
промежуточной аттестации по дисциплине
«Реабилитация неврологических больных»

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - невролог
Направление подготовки:	31.08.42 Неврология
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ДВ.2.2

1. Паспорт ОС по дисциплине «Реабилитация неврологических больных»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	<i>Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу</i>	2 год обучения
ПК-1	<i>Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i>	2 год обучения
ПК-2	<i>Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными</i>	2 год обучения
ПК-5	<i>Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i>	2 год обучения
ПК-6	<i>Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи</i>	2 год обучения
ПК-8	<i>Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</i>	2 год обучения
ПК-9	<i>Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</i>	2 год обучения
ПК-10	<i>Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</i>	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных)	Аттестационное испытание, время и
------	------------------	------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

			средств)	способы его проведения
1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы логики - философские диалектические принципы - методологию диагноза <p>Умеет:</p> <p>Клинически мыслить</p> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением - способностью к анализу и синтезу 	<p>Комплекты:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач. 	<p>Зачет</p> <p>2 год обучения</p>
2.	ПК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> – вопросы развития, нормальной анатомии и гистологии центральной и периферической нервной системы у детей и взрослых – физиологические основы функционирования головного и спинного мозга у детей и взрослых – вопросы анатомии и физиологии ликворной системы <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить самостоятельный прием неврологических больных в поликлинике <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основными принципами профилактики функциональных нарушений нервной системы 		
3.	ПК-2	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - порядок проведения профилактических медицинских осмотров и диспансерного наблюдения <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильно и максимально полно опрашивать больного, собирать анамнез заболевания и анамнез жизни, проводить полное неврологическое обследование взрослых и детей, выявлять общие и специфические признаки патологии нервной системы <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - комплексом методов стандартного неврологического обследования. 		
4.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - виды функциональных и клинических исследования нервной системы у детей и взрослых, применяемые на современном этапе - симптомы и синдромы поражения различных отделов нервной системы, - вопросы ранней диагностики и дифференциальной диагностики 		

		<p><i>неврологических заболеваний</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - современную систему диагностики заболеваний и травм нервной системы, включающую клинические методы, лабораторную, инструментальную, нейрофизиологическую, ультразвуковую и рентгено-радиологическую диагностику - классификацию и клинические особенности врождённых аномалий центральной нервной системы <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильно интерпретировать результаты инструментальных исследований (ультразвукового, рентгеновского: магнитно-резонансной и компьютерной томографии, ангиографического исследования), - выявлять основные жалобы, проводить обследование и дифференциальную диагностику при сосудистых, опухолевых, воспалительных и паразитарных заболеваниях нервной системы, эссенциальной эпилепсии и эпилептических синдромах, травмах нервной системы, дегенеративных поражениях позвоночника. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - комплексом методов стандартного неврологического обследования, - методами лечебно-диагностических пункций и малоинвазивных хирургических вмешательств. 		
5.	ПК-6	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - порядки оказания медицинской помощи неврологическим больным <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определять объем и место оказания дальнейшей медицинской помощи (в приемном отделении, стационаре, многопрофильном лечебном учреждении), - определить объем и сроки обследования при поражениях нервной системы, - определять лечебную тактику при заболеваниях нервной системы <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основными принципами лечения при функциональных нарушениях нервной системы - основными навыками диагностики и лечения черепно-мозговой и спинно- 		

		<p>мозговой травмы</p> <ul style="list-style-type: none"> - основными принципами лечения сосудистых заболеваний центральной нервной системы - основными принципами лечения при нейроонкологии - основными принципами лечения воспалительных и паразитарных заболеваний нервной системы - основными принципами лечения эпилептических синдромов - основными принципами лечения дегенеративных заболеваний позвоночника - основными принципами интенсивной терапии при ургентной патологии 		
6.	ПК-8	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - вопросы медико-социальной реабилитации при патологии нервной системы <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовывать лечебно-диагностическую работу по неврологии в условиях поликлиники и стационара <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основными принципами лечения, включая восстановительное лечение, при нейроонкологии, сосудистых заболеваниях центральной нервной системы, травмах нервной системы воспалительных и паразитарных заболеваниях, эпилептических синдромах, дегенеративных заболеваниях позвоночника. 		
7.	ПК-9	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - принципы и методы формирования здорового образа жизни - организацию и принцип работы центра социальной реабилитации <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - системой выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни 		
8.	ПК-10	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - нормативно-правовую базу ведения больных в поликлинике и стационаре - нормативно-правовые документы 		

	<p>(приказы, распоряжения) о порядке оказания медицинской помощи больным</p> <p>- основы экспертизы и определения нетрудоспособности при заболеваниях нервной системы</p> <p>Умеет:</p> <p>- вести медицинскую документацию (истории болезни, амбулаторные карты и др.)</p> <p>- правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты</p> <p>- правильно использовать экономические параметры при оказании медицинских услуг</p> <p>Владеет:</p> <p>- основными принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</p>		
--	--	--	--

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено» и «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	<p>Умеет: абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p> <p>Владеет: абстрактно мыслит, анализирует и делает</p>	<p>Умеет <u>Не может провести анализ</u> предложенных случаев и сделать выводы</p>

	ВЫВОДЫ	
ПК-1	<p>Умеет: осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p>Владеет: осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>
ПК-2	<p>Умеет: проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p> <p>Владеет: проводит профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществляет диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p>	<p>Умеет: <u>не способен</u> проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p>
ПК-5	<p>Умеет: определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>Владеет: определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>
ПК-6	<p>Умеет: вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи</p> <p>Владеет: ведет и лечит пациентов, нуждающихся в</p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической</p>

	<i>оказании неврологической медицинской помощи</i>	<i>медицинской помощи.</i>
ПК-8	<p>Умеет: применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p> <p>Владеет: применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>
ПК-9	<p>Умеет: формировать у пациентов, членов их семей и населения в целом, мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Владеет: проводит мероприятия по формированию у пациентов, членов их семей и населения в целом, мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> мотивировать пациентов, членов их семей и население в целом на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.</p>
ПК-10	<p>Умеет: применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p> <p>Владеет: применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10

1. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ОКАЗЫВАЕТСЯ В ПЛАНОВОМ ПОРЯДКЕ В СЛЕДУЮЩИХ УСЛОВИЯХ:

- а) на дому, путем вызова специалиста (мультидисциплинарной бригады) реабилитационного отделения медицинской организации;
- б) амбулаторно;
- в) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного наблюдения);
- г) стационарно;
- д) все перечисленное

2. ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ПАЦИЕНТА В ОТДЕЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕОБХОДИМО ПРЕДСТАВИТЬ ВСЕ ДАННЫЕ, КРОМЕ:

- а) выписку из медицинской карты стационарного или амбулаторного лечения с указанием результатов проведенного лечения и реабилитационных мероприятий,
- б) реабилитационный прогноз;
- в) цель реабилитации;
- г) длительность нетрудоспособности;
- д) выписку из трудовой книжки;
- е) клинико-диагностические исследования

3. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- а) стандартами организации медицинской помощи
- б) индивидуально лечащим врачом
- в) по медицинским показаниям на основании решения мультидисциплинарного обсуждения врачебной комиссией
- г) верно а, в

4. БЛАГОПРИЯТНЫЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПРОГНОЗ ПРЕДПОЛАГАЕТ:

- а) Возможность частичного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности.
- б) Возможность стабилизации нарушенных категорий жизнедеятельности.
- в) Возможность компенсации нарушенных категорий жизнедеятельности, уменьшение степени их ограничения.
- г) Возможность полного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности и полной социальной и трудовой интеграция.
- д) Все ответы правильные

5. ПЕРИОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ИНСУЛЬТАХ

- а) ранний (до 2-х мес)
- б) поздний (после 2-х мес)
- в) госпитальный
- г) поликлинический
- д) правильно а) и б)

6. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС ДЛЯ СНЯТИЯ СПАСТИКИ ПРИ ИНСУЛЬТАХ ВКЛЮЧАЕТ

- а) лечение положением
- б) точечный массаж

- в) специальные упражнения лечебной физкультуры с использованием пассивных движений, упражнений на преодоление синкинезий
- г) иглорефлексотерапию и аутогенную тренировку
- д) все перечисленное

7. ПРИ НЕВРИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- а) лечения "положением" конечности
- б) статических упражнений
- в) упражнений на расслабление мышц
- г) дыхательных упражнений

8. ЛФК ПРИ НЕВРОЗАХ ПРИМЕНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

- а) мобилизации воли больного к сознательному участию в лечении
- б) отвлечения от болезненных переживаний
- в) координации функции коры и подкорки
- г) восстановления функции внешнего дыхания
- д) создания нового динамического стереотипа в поведении

9. СПЕЦИАЛЬНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ ПРИ НЕВРОЗАХ НАПРАВЛЕННЫ

- а) на улучшение мозговой гемодинамики
- б) на тренировку подвижности нервных процессов
- в) на тренировку равновесия, координацию движений
- г) на расслабление мышц (аутогенная релаксация)
- д) на все перечисленное

10. ОСНОВНЫЕ СРЕДСТВА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ВКЛЮЧАЮТ

- а) лечебную гимнастику
- б) массаж
- в) трудотерапию
- г) физиотерапевтическое лечение
- д) все перечисленное

11. ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ КОНТУЗИИ И СОТРЯСЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА НАЗНАЧАЕТСЯ

- а) с первого дня
- б) через 3-5 дней
- в) через 10-15 дней
- г) через 15-20 дней

12. К СПЕЦИАЛЬНЫМ ФИЗИЧЕСКИМ УПРАЖНЕНИЯМ У БОЛЬНЫХ С КОНТУЗИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА И РАССТРОЙСТВОМ РЕЧИ НЕ ОТНОСЯТСЯ

- а) дыхательные упражнения
- б) корригирующие упражнения
- в) упражнения для языка, мимической мускулатуры лица
- г) упражнения в метании

13. К СПЕЦИАЛЬНЫМ ФИЗИЧЕСКИМ УПРАЖНЕНИЯМ ПРИ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ТРЕНИРОВКЕ ОТНОСЯТСЯ

- а) упражнения для тренировки полукружных каналов и отолитового прибора

- б) упражнения на равновесие
- в) упражнения на координацию
- г) элементы пассивной тренировки
- д) все перечисленные

14.К УПРАЖНЕНИЯМ ДЛЯ ТРЕНИРОВКИ ПОЛУКРУЖНЫХ КАНАЛОВ НЕ ОТНОСЯТСЯ

- а) наклоны головы, туловища вперед, назад
- б) наклоны головы, туловища в сторону
- в) повороты головы, туловища в сторону
- г) прямолинейная ходьба и приседания

15.ЗАДАЧАМИ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ ПРИ МИАСТЕНИИ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- а) профилактика легочных осложнений
- б) улучшение функции кардиореспираторной системы
- в) профилактика тромбозов и тромбоэмболий
- г) нормализация функции желудочно-кишечного тракта
- д) все перечисленное

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1

Больная Н., 1937 г.р. Жалобы на нарушение речи. Анамнез заболевания: Заболела остро 19.08.2015, вечером появилось нарушение речи, на фоне высокого АД 230/100 мм рт. ст. СМП была доставлена в стационар с диагнозом ОНМК, где находилась на стационарном лечении в НСО с 20.08.2015 по 03.09.2015, в связи с благоприятным реабилитационным прогнозом была переведена для дальнейшего лечения в ОМР. Перенесенные заболевания: Гипертонической болезнью болеет много лет, антигипертензивные препараты не принимает. Объективно: Состояние средней степени тяжести. Больная эмоционально лабильна, плаксива (умер муж 2 месяца тому назад). Сознание - ясное. Положение активное. Кожные покровы физиологической окраски, чистые. Речь - моторная дисфазия. Показатели гемодинамики: Лежа, сидя: АДС-130 мм рт.ст., АДД-80 мм рт.ст., АДП-50 мм рт.ст., ЧСС-70 ударов в 1 минуту, ЧД-18 в 1 минуту, ЧСС/ЧД-3,8. Стоя: АДС-120 мм рт.ст., АДД-80 мм рт.ст., АДП-40 мм рт.ст., ЧСС-68 ударов в 1 минуту, ЧД-18 в 1 минуту, ЧСС/ЧД-3,9.

Активные полу- и ортостатические пробы- адекватные.

По результатам модифицированной шкалы Ашфорт степень спастичности в конечностях составила- 0 балла.

По результатам 5-ти бальной шкалы MRC степень мышечной силы в правых конечностях составила -5 баллов, в левых конечностях-5 баллов.

По результатам модифицированной шкалы Рэнкина степень двигательных нарушений составила 1- балл, индекса мобильности Ривермид-10 баллов.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Выявите категории ограничения жизнедеятельности у данного пациента (ПК-1).
3. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).
4. Составьте программу медицинской реабилитации данному пациенту (ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2, ПК-10).
6. Назовите рекомендации пациенту для укрепления его здоровья (ПК-9).

Задача № 2

Больной Н., 1942г.р. Жалобы на затрудненную речь, слабость в правых конечностях, в динамике отмечает улучшение. Анамнез заболевания: доставлен в сопровождении родственницы, с ее слов 21.08.2015 днем около 15:00 ч. упал, появилась слабость в правых конечностях, пропала речь. По линии СМП доставлена в стационар с диагнозом ОНМК, где находился на стационарном лечении в НСО с 21.08.2015 по 04.09.2015, в связи с благоприятным реабилитационным прогнозом больной переведен для дальнейшего лечения в ОМР. Перенесенные заболевания: Гипертоническая болезнь в течение многих лет. Операции – аппендэктомия. ОНМК от 19.07.15 г. Объективный осмотр: Общее состояние: средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы: чистые, физиологической окраски. Сила в конечностях справа 4 балла, слева 5 баллов. Показатели гемодинамики: Лежа, сидя: АДС-130 мм рт.ст., АДД-80 мм рт.ст., АДП-50 мм рт.ст., ЧСС-70 ударов в 1 минуту, ЧД-18 в 1 минуту, ЧСС/ЧД-3,8. Стоя: АДС-120 мм рт.ст., АДД-80 мм рт.ст., АДП-40 мм рт.ст., ЧСС-68 ударов в 1 минуту, ЧД-18 в 1 минуту, ЧСС/ЧД-3,9. 18 Активные полу- и ортостатические пробы - адекватные.

По результатам модифицированной шкалы Ашфорт степень спастичности в конечностях составила- 0 балла.

По результатам 5-ти бальной шкалы MRC степень мышечной силы в правых конечностях составила-4 балла, слева-5б.

По результатам модифицированной шкалы Рэнкина степень двигательных нарушений составила 1- балл, индекса мобильности Ривермид-10 баллов.

Основной диагноз: Повторное (19.07.15, 21.08.15) острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу (атеротромботический подтип) в бассейне левой средней мозговой артерии с правосторонним легким гемипарезом, моторной дисfazией. Острый период. Фон: Гипертоническая болезнь стадия 3, степень 3, риск 4. Атеросклероз пре- и церебральных артерий.

Примеры заданий, выявляющих практическую подготовку врача 1. Проведите клинко-диагностическую оценку данному пациенту. 2. Проведите функциональные пробы и тесты пациенту с данной клинической формой ОНМК. 3. Представьте практические рекомендации (рецептуры) по применению средств медицинской реабилитации пациенту с данным заболеванием и определите реабилитационный прогноз и потенциал.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Выявите категории ограничения жизнедеятельности у данного пациента (ПК-1).
3. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).
4. Составьте программу медицинской реабилитации данному пациенту (ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2, ПК-10).
6. Назовите рекомендации пациенту для укрепления его здоровья (ПК-9).

Задача № 3

Пациент У. 41 год, инженер

Диагноз: остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Анамнез заболевания. Со слов больного, первые признаки заболевания появились во время службы в армии, когда возникли боли в области поясницы и копчика, больше слева, умеренной интенсивности, продолжительные. Отмечалась также тупая боль в левом тазобедренном суставе при движениях в нем. С того времени боли периодически возникают при движении, наклонах, по мере "расхаживания" уменьшаются. В положении лежа на спине на твердой поверхности болей нет. Периодичность возникновения болей больной указать не может, однако отмечает их связь с физической нагрузкой, движениями в поясничном отделе.

Объективно: состояние удовлетворительное, положение активное. Кожа и слизистые оболочки чистые, обычной окраски. Правильного телосложения, повышенного питания.

Пульс - 74 в минуту, ритмический, АД - 135/80 мм.рт.ст. Перкуторно - границы сердца в

пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. Число дыханий 18 в 1 мин. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Физиологические отправления в норме.

Данные дополнительного обследования

компьютерная томография пояснично - крестцового отдела позвоночника:

признаки остеохондроза, циркулярная протрузия (выпячивание) диска L 1 - 2

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Выявите категории ограничения жизнедеятельности у данного пациента (ПК-1).
3. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).
4. Составьте программу медицинской реабилитации данному пациенту (ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2, ПК-10).
6. Назовите рекомендации пациенту для укрепления его здоровья (ПК-9).

Задача № 4

Пациентка : К.11 лет, школьница

Диагноз: Детский церебральный паралич, спастическая гемиплегия.

Анамнез заболевания. Больна с года жизни, когда впервые заметили ограниченность движений в правой руке и в правой ноге. Неоднократно лечилась в неврологическом отделении. Оформлена инвалидность.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное положение активное, во времени и пространстве ориентируется, на вопросы отвечает адекватно. Память и интеллект сохранены, речь нечеткая. Нормостенического типа телосложения, умеренного питания. Кожные покровы телесного цвета, обычной влажности. Кожа эластичная, тургор тканей сохранен Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Пульс симметричный, частотой 78 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные; соотношение тонов не изменено. Артериальное давление 110/65 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. ЧД 18 в мин., хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Физиологические отправления в норме.

Данные дополнительного обследования

мышечный тонус в руках D>S, в сгибателях.

Гипотрофия проксимальных и дистальных групп мышц правой руки, правой ноги.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Выявите категории ограничения жизнедеятельности у данного пациента (ПК-1).
3. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).
4. Составьте программу медицинской реабилитации данному пациенту (ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2, ПК-10).
6. Назовите рекомендации пациенту для укрепления его здоровья (ПК-9).

Задача № 5

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 девирует вправо, парез правой руки до 3х баллов, глубокие рефлексy D>S, симптом Бабинского справа.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Выявите категории ограничения жизнедеятельности у данного пациента (ПК-1).
3. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).

4. Составьте программу медицинской реабилитации данному пациенту (ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2, ПК-10).
6. Назовите рекомендации пациенту для укрепления его здоровья (ПК-9).

Задача № 6

Мужчина 64-х лет, утром после сна заметил затруднение в подборе слов, «онемение» в правой руке. Через 1,5 часа пришел участковый врач и определил нарушения речи (пациент понимал все, что ему говорили, выполнял задания, но отвечал с трудом, ошибался в произношении слов), движения в правой руке были неловкие, сила в ней снижена. АД- 130/70 мм.рт.ст. (обычное для пациента). На ЭКГ, выполненной на дому, ЧСС 68 в мин., ритм синусовый, выявлены признаки диффузного кардиосклероза.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Выявите категории ограничения жизнедеятельности у данного пациента (ПК-1).
3. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).
4. Составьте программу медицинской реабилитации данному пациенту (ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2, ПК-10).
6. Назовите рекомендации пациенту для укрепления его здоровья (ПК-9).

Задача № 7

Женщина 65 лет, страдает пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, принимает кордарон и дигоксин. Во время прогулки, внезапно почувствовала «перебои» в сердце, не смогла говорить, с трудом понимала обращенную речь, появилась асимметрия лица. Соседи вызвали скорую помощь. В больнице через день сохраняется субтотальная сенсомоторная афазия, центральный парез лицевой мускулатуры справа, акцент глубоких рефлексов справа.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Выявите категории ограничения жизнедеятельности у данного пациента (ПК-1).
3. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).
4. Составьте программу медицинской реабилитации данному пациенту (ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2, ПК-10).
6. Назовите рекомендации пациенту для укрепления его здоровья (ПК-9).

Задача № 8

Мужчина 68 лет наблюдается в поликлинике в связи с перенесенным 2 года назад тромботическим инсультом в бассейне правой средней мозговой артерии. Инсульт произошел на фоне дислипидемии, ожирения I. В неврологическом статусе имеется легкий левосторонний гемипарез с повышенным мышечным тонусом. Пациент полностью себя обслуживает.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Выявите категории ограничения жизнедеятельности у данного пациента (ПК-1).
3. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).
4. Составьте программу медицинской реабилитации данному пациенту (ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2, ПК-10).
6. Назовите рекомендации пациенту для укрепления его здоровья (ПК-9).

Задача № 9

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 с угла 30°, гипестезия по заднелатеральной поверхности бедра и голени.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Выявите категории ограничения жизнедеятельности у данного пациента (ПК-1).
3. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).
4. Составьте программу медицинской реабилитации данному пациенту (ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2, ПК-10).
6. Назовите рекомендации пациенту для укрепления его здоровья (ПК-9).

Задача № 10

Студентка медицинского училища обратилась к врачу с жалобами на слабость, сердцебиение, нарушение зрения (нечеткость видения предметов), «осиплость» голоса. Из анамнеза известно, что 1 месяц назад, болело горло, повышалась температура. Лечилась самостоятельно, т. к. не хотела пропускать практические занятия в детской инфекционной больнице. При объективном осмотре выявлено снижение глоточного рефлекса, дисфония, снижение ахилловых рефлексов, нарушение мышечно-суставного чувства в стопах. Нарушений функций тазовых органов нет.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Выявите категории ограничения жизнедеятельности у данного пациента (ПК-1).
3. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).
4. Составьте программу медицинской реабилитации данному пациенту (ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2, ПК-10).
6. Назовите рекомендации пациенту для укрепления его здоровья (ПК-9).

Задача № 11

У мужчины 39 лет на фоне силовых нагрузок в тренажерном зале, которые он проводил после длительного перерыва, появились резкие боли в поясничном отделе позвоночника, боль и парестезии по передней поверхности голени до первых пальцев стопы справа. Боль усиливается при движении и физической нагрузке. В течение пяти дней самостоятельно применял местно мазь с согревающим эффектом. Состояние пациента не изменилось, и он обратился за помощью к врачу семейной практики. При осмотре отмечается сглаженность поясничного лордоза, напряжение мышц спины, резкое ограничение подвижности в справа, гипестезия соответствующая локализации °40∠поясничном отделе, симптом Лассега болей, слабость тыльного разгибания первого пальца стопы справа, изменений рефлексов с нижних конечностей не выявлено.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Выявите категории ограничения жизнедеятельности у данного пациента (ПК-1).
3. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).
4. Составьте программу медицинской реабилитации данному пациенту (ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2, ПК-10).
6. Назовите рекомендации пациенту для укрепления его здоровья (ПК-9).

Задача № 12

После подъема тяжести, у мужчины 40 лет возникла сильная боль в пояснице с иррадиацией по наружной поверхности бедра и голени, доходящая до большого пальца стопы слева. При осмотре: напряжение мышц поясничной области, слабость разгибателей

I пальца. Рефлексы на .°ногах сохранены, симметричны. Симптом Лассега слева, с угла 40

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Выявите категории ограничения жизнедеятельности у данного пациента (ПК-1).
3. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).
4. Составьте программу медицинской реабилитации данному пациенту (ПК-8).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2, ПК-10).
6. Назовите рекомендации пациенту для укрепления его здоровья (ПК-9).

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Ивановская государственная медицинская академия»
Институт последипломного образования

Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины

Оценочные средства и методические материалы для проведения промежуточной
аттестации по дисциплине
«Психиатрия»

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - невролог
Направление подготовки:	31.08.42 Неврология
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ОД.1

1. Паспорт ОС по дисциплине «Психиатрия»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	2 год обучения
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	2 год обучения
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы логики - философские диалектические принципы - методологию диагноза <p>Умеет:</p> <p>Клинически мыслить</p> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением - способностью к анализу и синтезу 	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет 2 год обучения
2.	ПК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> – вопросы развития, нормальной анатомии и гистологии центральной и периферической нервной системы у детей и взрослых – физиологические основы функционирования головного и спинного мозга у детей и взрослых – вопросы анатомии и физиологии ликворной системы 		

		<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить самостоятельный прием неврологических больных в поликлинике <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основными принципами профилактики функциональных нарушений нервной системы 		
3.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - виды функциональных и клинических исследования нервной системы у детей и взрослых, применяемые на современном этапе - симптомы и синдромы поражения различных отделов нервной системы, - вопросы ранней диагностики и дифференциальной диагностики неврологических заболеваний - современную систему диагностики заболеваний и травм нервной системы, включающую клинические методы, лабораторную, инструментальную, нейрофизиологическую, ультразвуковую и рентгено-радиологическую диагностику - классификацию и клинические особенности врождённых аномалий центральной нервной системы <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильно интерпретировать результаты инструментальных исследований (ультразвукового, рентгеновского: магнитно-резонансной и компьютерной томографии, ангиографического исследования), - выявлять основные жалобы, проводить обследование и дифференциальную диагностику при сосудистых, опухолевых, воспалительных и паразитарных заболеваниях нервной системы, эссенциальной эпилепсии и эпилептических синдромах, травмах нервной системы, дегенеративных поражениях позвоночника. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - комплексом методов стандартного неврологического обследования, - методами лечебно-диагностических пункций и малоинвазивных хирургических вмешательств. 		
4.	ПК-6	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - порядки оказания медицинской помощи неврологическим больным 		

	<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определять объем и место оказания дальнейшей медицинской помощи (в приемном отделении, стационаре, многопрофильном лечебном учреждении), - определить объем и сроки обследования при поражениях нервной системы, - определять лечебную тактику при заболеваниях нервной системы <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основными принципами лечения при функциональных нарушениях нервной системы - основными навыками диагностики и лечения черепно-мозговой и спинно-мозговой травмы - основными принципами лечения сосудистых заболеваний центральной нервной системы - основными принципами лечения при нейроонкологии - основными принципами лечения воспалительных и паразитарных заболеваний нервной системы - основными принципами лечения эпилептических синдромов - основными принципами лечения дегенеративных заболеваний позвоночника - основными принципами интенсивной терапии при ургентной патологии 		
--	---	--	--

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено» и «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	<p>Умеет: абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p> <p>Владеет: абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</p>	<p>Умеет <u>Не может провести</u> анализ предложенных случаев и сделать выводы</p>
ПК-1	<p>Умеет: <i>осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i></p> <p>Владеет: <i>осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i></p>	<p>Умеет <u>Не способен осуществлять</u> комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>
ПК-5	<p>Умеет: <i>определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i></p> <p>Владеет: <i>определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i></p>	<p>Умеет <u>Не способен определять</u> у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>
ПК-6	<p>Умеет: <i>вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи</i></p> <p>Владеет:</p>	<p>Умеет: <u>Не способен к ведению и лечению</u> пациентов, нуждающихся в оказании</p>

	<i>ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи</i>	<i>неврологической медицинской помощи.</i>
--	---	--

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6

Задание #1

Вопрос:

Для какого синдрома характерна триада Протопопова?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) парафренного
- 2) параноидного
- 3) аментивного
- 4) депрессивного

Задание #2

Вопрос:

При каком синдроме встречается следующая триада симптомов: тоскливо-печальное настроение, замедленное мышление, двигательная заторможенность?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) маниакальном
- 2) кататоническом
- 3) параноидальном
- 4) депрессивном

Задание #3

Вопрос:

Какой из нижеперечисленных признаков, симптомов является характерным, отличающим маскированные депрессии от других депрессий?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) бредовые идеи самоуничтожения и самообвинения
- 2) навязчивые страхи
- 3) суточные колебания настроения
- 4) преобладание соматических жалоб
- 5) суицидные мысли

Задание #4

Вопрос:

В основе Корсаковского синдрома лежит:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) инкогеренция мышления
- 2) расстройство ощущения
- 3) фиксационная амнезия
- 4) нарушение сенсорного синтеза
- 5) все вышеуказанное

Задание #5

Вопрос:

Заполнение пробелов памяти событиями, которые имели или могли иметь место в жизни больного называется:

Выберите один из 6 вариантов ответа:

- 1) ретроградная амнезия
- 2) криптомнезия

- 3) фиксационная амнезия
- 4) конфабуляции
- 5) псевдореминисценции
- 6) антероградная амнезия

Задание #6

Вопрос:

Заполнение пробелов памяти событиями, которые носят фантастический нелепый характер и не могли иметь место в жизни больного называется:

Выберите один из 6 вариантов ответа:

- 1) ретроградная амнезия
- 2) криптомнезия
- 3) фиксационная амнезия
- 4) конфабуляции
- 5) псевдореминисценции
- 6) антероградная амнезия

Задание #7

Вопрос:

Препараты каких групп имеют терапевтическое значение для лечения мнестических расстройств?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) нейролептики
- 2) ноотропы
- 3) транквилизаторы
- 4) антидепрессанты
- 5) соли лития

Задание #8

Вопрос:

Фиксационная амнезия характеризуется:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) потерей способности запоминать текущие события
- 2) снижением интеллекта
- 3) галлюцинациями
- 4) ничем из перечисленного

Задание #9

Вопрос:

Прогрессирующий распад памяти от недавно приобретённой информации к давно приобретённой называется:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) синдромом Кандинского-Клерамбо
- 2) Корсаковским синдромом
- 3) болезнью Блейлера
- 4) законом Рибо

Задание #10

Вопрос:

К какой форме расстройства сознания относится транс и сомнамбулизм?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) аментивное
- 2) сумеречное
- 3) онейроидное
- 4) сопорозное
- 5) делириозное

Задание #11

Вопрос:

Для какого из указанных синдромов характерно внезапное начало и окончание (часто заканчивается сном), полная амнезия?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) делирий
- 2) сумеречное расстройство сознания
- 3) аменция
- 4) синдром Кандинского-Клерамбо
- 5) кататонический синдром

Задание #12

Вопрос:

Для делирия характерны все перечисленные психические расстройства, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) парейдолии
- 2) зрительных галлюцинаций
- 3) психических автоматизмов
- 4) аффективных расстройств
- 5) двигательного возбуждения

Задание #13

Вопрос:

В периоде отдаленных последствий черепно-мозговой травмы могут развиваться

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) сумеречное помрачение сознания
- 2) парафренный синдром
- 3) маниакальный синдром

Задание #14

Вопрос:

Укажите среди перечисленных эмоциональных нарушений характерное для сосудистых заболеваний головного мозга:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) эмоциональная холодность
- 2) эмоциональная неадекватность
- 3) гипертимия
- 4) слабодушие

Задание #15

Вопрос:

Признаками группы атрофических процессов головного мозга не являются

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) незаметное начало заболевания
- 2) неуклонно прогрессивное течение
- 3) формирование тотального слабоумия в конечной стадии
- 4) волнообразное течение (периоды спонтанного улучшения и ухудшения состояния)

Задание #16

Вопрос:

Наиболее информативным методом исследования атрофических процессов головного мозга из нижеперечисленного является:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) ЭЭГ
- 2) компьютерная томография
- 3) исследование ликвора
- 4) УЗИ головного мозга

Задание #17

Вопрос:

Афазии, апраксии, агнозии наиболее характерны для:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) сосудистой деменции
- 2) болезни Пика
- 3) болезни Альцгеймера
- 4) все перечисленное неверно

Задание #18

Вопрос:

Для начальной стадии болезни Пика характерно:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) прогрессирующая амнезия
- 2) изменение личностных черт и эйфорический оттенок настроения
- 3) критика к болезни
- 4) афато-агнозо-апрактический синдром

Задание #19

Вопрос:

Какой дифференциально-диагностический критерий истерического и эпилептического припадков имеет наиболее существенное значение ?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) выключение сознания
- 2) продолжительность припадков
- 3) возможность прикуса языка и слизистой во время припадков
- 4) выраженность судорожной реакции

Задание #20

Вопрос:

Для изменений личности при эпилепсии не и характерна

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) обстоятельность мышления
- 2) эксплозивность
- 3) полярность отношений к окружающим (подобострастие контрастирует со злобностью и т.д.)
- 4) педантизм
- 5) театральность, демонстративность

Задание #21

Вопрос:

На начальных этапах развития опухолей головного мозга могут наблюдаться все следующие психические расстройства, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) замедления темпа мышления
- 2) снижения внимания
- 3) нарушения памяти
- 4) острого вербального галлюциноза
- 5) патологической сонливости

Задание #22

Вопрос:

Начальный период инволюционной меланхолии характеризуется депрессией:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) с чертами дисфории
- 2) с вялостью
- 3) с тревожными опасениями, ожиданием несчастий
- 4) с фобиями ипохондрического содержания
- 5) верно все перечисленное

Задание #23

Вопрос:

В начальном периоде атеросклероза наблюдаются все следующие виды расстройств, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) головных болей
- 2) утомляемости
- 3) раздражительности
- 4) прогрессирующей амнезии
- 5) слабодушия

Задание #24

Вопрос:

Классическая сосудистая деменция проявляется всеми следующими нарушениями, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) когнитивных нарушений
- 2) потери памяти

- 3) относительной сохранности личностных особенностей
- 4) нарушениями ориентировки во времени
- 5) грубого асоциального поведения

Задание #25

Вопрос:

Болезнь Альцгеймера характеризуется всем перечисленным, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) афазии
- 2) аграфии
- 3) алексии
- 4) абулии
- 5) апраксии

Задание #26

Вопрос:

При болезни Пика более выражены симптомы атрофии в зоне:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) височной
- 2) теменной
- 3) затылочной
- 4) лобной
- 5) подкорковой

Задание #27

Вопрос:

Что из перечисленного является ведущим в терапии неврозов?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) нейролептики
- 2) транквилизаторы
- 3) антидепрессанты
- 4) психотерапия

Задание #28

Вопрос:

Чем, по вашему мнению, вызваны психогенные реакции при соматических заболеваниях?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) интоксикацией
- 2) рефлекторными влияниями с пораженных внутренних органов
- 3) переживанием тяжести заболевания и его социально-психологических последствий
- 4) аутоиммунными сдвигами
- 5) гипоксией головного мозга

Задание #29

Вопрос:

Какая патологическая реакция чаще всего встречается при возникновении соматического заболевания?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) кататонический синдром
- 2) психорганический синдром
- 3) депрессивный синдром
- 4) онейроидный синдром
- 5) делириозный синдром

Задание #30

Вопрос:

У кого чаще наблюдается ипохондрический тип внутренней картины болезни?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) у больных паранойяльной психопатией
- 2) у гармоничной личности
- 3) у лиц с чертами тревожной мнительности
- 4) у больных олигофренией
- 5) у больных деменцией

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1.

Больная Ш., 48 лет. Родилась первым ребёнком в семье. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Раннее развитие соответствовало возрастной норме. Окончила 11 классов и педагогический институт, 26 лет, работала программистом, справлялась. Была весёлой, общительной. Год назад уволена с работы по сокращению, находилась на учёте в службе занятости. Была в браке, последний год в разводе из-за измены мужа. В 6-ти летнем возрасте перенесла сотрясение головного мозга, много лет жаловалась на головные боли, но к врачам не обращалась. Менструации регулярные. Жила с детьми, отношения с ними были хорошими. Самостоятельно вела домашнее хозяйство, справлялась, была аккуратной хозяйкой, читала, смотрела телевизионные передачи. Два года назад после перенесённого гриппа развилась аносмия.

Психическое состояние изменилось в течение года. Стала бездеятельной, перестала заниматься ведением домашних дел. Появилась прожорливость, пропало чувство брезгливости, ела отходы из мусорного ведра, сырую картошку, ходила по подъезду, выпрашивая еду, собирала у соседей хлеб, совершала нелепые действия. Неоднократно задавала одни и те же вопросы, сразу же забывала ответы на них. В течении последних 6-ти месяцев перестала следить за своим внешним видом, отказывалась мыться, причёсываться. Целыми днями лежала ничего не делая. Стала говорить детским голосом. Иногда говорила нелепости: «Родные живут напротив, зять под окном пляшет чечётку, сосед дочери под окном трясёт половики». Спала с включённым светом, объясняя это тем, что придут большие тараканы, которые едят людей. При попытке одеть её и вывести на улицу начинала сопротивляться и кричать. Дочь обратилась к психиатру.

На отделение пошла с принуждением, отказывалась раздеваться, сказала, что не останется в больнице. Оглядывалась по сторонам, была суетливой, многоречивой. Неадекватно улыбалась. Говорила, что ничего не понимает. На беседу в кабинет пришла самостоятельно, ориентирована полностью правильно. Сознание не помрачено. Неряшлива, санитарно запущена, не причёсана, ногти не подстрижены, грязные, от больной запах мочи. Во время беседы отмечалась эхомимия, подмигивала, неадекватно улыбалась. С усмешкой говорила, что в течение 6-ти месяцев не занимается домашними делами, не видит в этом смысла, «...замечательно, когда ребёнок занимается этими делами». Заявила, что грязное бельё в квартире сначала «копилось тазиками, затем целлофановыми пакетами, затем его стала стирать дочь». Наблюдались паралогичные высказывания, символика, считала, будто родные живут напротив, т.к. «дом напротив строился

буквой Р, затем его стали строить буквой П». Способность к абстрагированию существенно не нарушена. Память без грубой патологии. Эмоционально неадекватна. Безразлично говорила о разводе с мужем, холодно рассказывала о детях. Говорила детским голосом, растягивая слова, неряшлива, самостоятельно себя не обслуживала, мочилась в постель, аппетит повышен.

Заключение невролога: Атрофическое заболевание головного мозга?

Объёмный процесс головного мозга? /лобной доли левого полушария/? Дисциркуляторная энцефалопатия 2-3 степени.

ЭХО-ЭГ: желудочковые комплексы незначительно усилены, без смещения.

ЭЭГ: раздражение медио-базальных образований с обеих сторон. ЭЭГ свидетельствует об раздражении межэнцефальных структур; о наличии общемозговых изменений.

Заключение нейрохирурга: Гигантская опухоль ольфакторной ямки.

Задания:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром (УК-1, ПК-5).
2. Определите основную стратегию медицинской и социальной помощи больному (ПК-6).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 2.

Больная Ф., 55 лет, инвалид 2 группы по соматическому заболеванию. Поступила впервые в психиатрическую больницу для уточнения состояния и лечения.

Наследственность не отягощена, имеет среднее образование, долгие годы работала прядильщицей. Спокойная, уравновешенная. Живёт с мужем, отношения в семье хорошие, имеет взрослых детей, живущих отдельно. 2 года назад была прооперирована по поводу злокачественной опухоли матки. На фоне гормональной терапии развился тромбоз мелких ветвей легочных артерий, отмечались вегетативно-вестибулярные нарушения, синкопальные расстройства сознания. Наблюдалась у невролога, гинеколога-онколога, ставился диагноз церебрального атеросклероза, артериальной гипертензии, патологического климакса. Ещё до операции, уже зная об опухоли, обратилась к «бабке», которая сказала, что болезнь «сделал кто-то из соседей». Стала меньше встречаться с соседями, обдумывала, кто это мог быть. После операции стала пассивной, безразличной, иногда говорила, что соседи за спиной обсуждают состояние её здоровья. Была установлена 2 группа инвалидности по соматическому заболеванию. Год назад родственники стали замечать, что она постоянно повторяет одно и то же, забывая, что рассказывала перед этим. Была вялой, безучастной, ничего не делала в саду, но постоянно давала советы. Жаловалась на головные боли, принимала много лекарств, часто вызывала СП, но предъявляла очень неопределённые жалобы. На очередном переосвидетельствовании во МСЭК ей сказали о возможности «снятия» группы инвалидности, так как онкологи своей патологии больше не находили. Была встревоженной, без конца переспрашивала у родных, может ли такое быть, имеют ли врачи право так поступить. За три месяца до поступления написала «прощальную записку». Периодически говорила, что не хочет жить, что если она умрёт, то умрут и все окружающие. Перестала узнавать родных по телефону, а затем и при встрече. Иногда совершала нелепые бесцельные действия. После улучшения состояния уже в психиатрическом отделении рассказала, что в тот момент не узнавала свою квартиру, «казалось, что что-то не так». Говорила, что записку написала не она, а ей её «подбросили». За несколько дней до поступления ушла гулять с собакой и не вернулась, родные нашли её через 1,5 суток, грязную, с синяками на лице, говорила, что «потеряла кошку». В последующем рассказала, что не узнала дом, не могла открыть кодовый замок, бродила вокруг. Такое состояние послужило поводом для госпитализации.

В отделении первое время была безучастна, плохо доступна контакту, говорила, что ничего не помнит, повторяла «я чего-то боюсь...». Временами на лице появлялось скорбное выражение.

По данным компьютерной томографии обнаружено некоторое расширение боковых желудочков и расширение субарахноидальных пространств в лобно-теменной области.

Невролог диагностировал дисциркуляторную энцефалопатию 3 ст., атрофию вещества головного мозга, нормотензивную гидроцефалию.

В отделении первое время не находила свою палату, мочилась на пол, не узнавала родных. Постепенно на фоне лечения начала ориентироваться, поведение упорядочилось, узнавала родных, интересовалась домашними делами, сообщила анамнестические сведения о себе. При этом оставалась астенизированной, жаловалась на плохое самочувствие, фон настроения был немного снижен. Была выписана домой. Через полгода после выписки, известно, что дома в основном лежит, ничем не интересуется, не занимается домашними делами, ни с кем не общается, не помнит события своей жизни, текущие события так же не запоминает.

Задания:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром (УК-1, ПК-5).
2. Определите основную стратегию медицинской и социальной помощи больному (ПК-6).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 3.

Больной А., 31 года, поступил в психиатрическую больницу впервые в связи с нелепым поведением.

Бабушка по линии матери умерла от онкозаболевания в возрасте 30 лет. Мать умерла в 37 лет, за 3 года до этого у неё появились психические расстройства. На работе танцевала и пела, стала фамильярной, раздражительной, начала курить, употреблять алкоголь. Неоднократно перечитывала и пересказывала детские книги. Не помнила фамилий и имён своих сотрудников, забыла таблицу умножения, стала ко всему безразличной, перестала интересоваться сыном, последнее время больше лежала, иногда тяжело вздыхала.

Единственный ребёнок, рос спокойным, был адаптирован. Закончил школу, ПТУ по специальности слесарь КИПа, закончил военное авиационное училище, служил на аэродроме. В последние годы работал оперуполномоченным УВД, затем переведён в участковые милиционеры, т.к. с обязанностями не справлялся. Год назад контракт с ним не был возобновлён, после этого не работал. Женат, имеет дочь 6 лет, отношения с женой были хорошими, но после того как уволился с работы и появились материальные проблемы, жена попросила отца больного взять его к себе около 9 месяцев живёт с отцом и мачехой. Соматических заболеваний, травм головы не было. Алкоголем не злоупотреблял. Около 2-х лет назад постепенно стал хуже справляться с работой, в дальнейшем не предпринимал попыток к трудоустройству, хотя семья испытывала материальные проблемы. Дома был пассивен, целыми днями бездумно смотрел телевизор. Если отец запрещал ему, то читал художественную, преимущественно мистическую литературу. При этом не мог сказать, что читает и пересказать прочитанное. Начал всё меньше общаться с окружающими, появилась ранее не свойственная неряшливость, не брился, не мылся, отказывался сменить одежду. Летом в жару одевал зимние сапоги и утеплённую куртку, не ходил к жене, не интересовался дочерью. Речь стала совсем бедной, чаще лишь односложно отвечал на вопросы, забывал название предметов обихода «дай то, чем режут». Начал как маленький ребёнок рассказывать, что видел на улице карлика, людей без ног, с отрезанными руками. Был госпитализирован в психиатрическую больницу. При поступлении был эмоционально монотонен, не мог объяснить своего поведения дома. Во время инъекции возбудился, кричал, стал тревожным, беспокойным, сам рассказал, что примерно 1,5 месяца назад увидел на улице несколько человек с отрезанными руками и ногами, «понял, что существует организация, которая этим занимается. Из-за этого не выходил из дома, но при этом страх отрицает. Ориентирован верно, понимает, что находится в больнице. В последующем стал спокоен, пассивен, медлителен, безразличен к пребыванию в больнице, временами не мог сказать, где находится. При подсказке говорил, что он в больнице, но не знает в какой и как долго лечится. В последний месяц поведение стало стереотипным после завтрака сидел в столовой, ждал обеда, после тихого часа также сидел и ждал ужина. Ни с кем не общался, лицо амимично, не интересовался домашними делами, семьёй, своей судьбой, нет планов на будущее. Речь крайне обеднилась с момента поступления, фразовой речи почти нет, отмечается стереотипное повторение одних и тех же слов.

Физически здоров.

Результаты компьютерной томографии: боковые желудочки и третий желудочек расширены, наружное субарахноидальное пространство височных долей и латеральных отделов лобных долей расширено. Объём вещества мозга в прилегающих отделах уменьшен.

Задания:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром (УК-1, ПК-5).
2. Определите основную стратегию медицинской и социальной помощи больному (ПК-6).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 4.

Мальчик 11 лет. Родился от беременности, протекавшей с сильной рвотой, отеками, головными болями. В конце беременности мать перенесла тяжелое простудное заболевание, принимала много лекарств. Раннее развитие ребенка было своевременным, но он много болел. Во время болезни (и особенно при высокой температуре) у него появлялись галлюцинации, он плохо засыпал, испытывал страхи, что-то видел, куда-то в ужасе бежал, иногда возникали судорожные подергивания мышц рук и ног. С 3-4-летнего возраста эти явления стали проходить, но мать заметила, что ребёнок плохо переносит жару, духоту, езду в транспорте, быстро устаёт. Если ребёнок простужался, то болезнь протекала длительно, он становился еще более утомляемым и вялым.

Мальчик был повышено суетлив, раздражителен, плаксив. Все это стало особенно заметным, когда он пошёл в школу: быстро уставал, к концу урока плохо соображал. Если не удавалось отдохнуть, то запоминал с трудом, становился неусидчивым, внимание его рассеивалось. Если поздно ложился спать, то утром был обидчивый и вспыльчивый. В ответ на легкие обиды начинал драться. Однажды его толкнули, он упал, ушиб голову. В больнице пробыл неделю, кружилась и болела голова. Потом эти явления уменьшились. Учился мальчик все хуже и хуже. Это стало очевидным в 4 классе, когда нагрузка возросла. Ребенка направили на консультацию к врачу. В психическом статусе: астенизирован, утомляем, малоактивен в беседе. Речь с нечётким звукопроизношением, словарный запас ограничен. Память и интеллект снижены, но без грубых нарушений (общий IQ по Векслеру: 85). Эмоционально лабилен, на глазах часто появляются слезы. Внимание отвлекаемо.

Задания:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром (УК-1, ПК-5).
2. Определите основную стратегию медицинской и социальной помощи больному (ПК-6).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 5.

Больная В., 26 лет, безработная, проживает в районном центре с родителями, своей семьи не имеет. Родилась здоровой, в возрасте 7 лет переболела инфекционным паротитом, после чего несколько месяцев жаловалась на боли в сердце, ставился диагноз нейроциркуляторной дистонии. С этого времени отмечает плохую переносимость жары, поездок в транспорте, нагрузок на вестибулярный аппарат: кружится голова, тошнит. Имеет среднее образование, училась слабо, получила специальность швеи, работала на фабрике, но справлялась неважно, так как была медлительной. С мужчинами не встречалась. По характеру спокойная, замкнутая. В возрасте 24-х лет перенесла острый менингит, после чего стали появляться приступы с одышкой, сердцебиениями, потливостью, страхом смерти. В связи с этим была направлена в отделение неврозов, но в связи с карантинном была госпитализирована на психиатрическое отделение. Пробыла в стационаре неделю, пароксизмальных приступов не наблюдалось, отмечалась вегетативная нестабильность. В отделении адаптировалась с трудом, была напугана видом возбуждённых больных. Была выписана под наблюдение районного невролога. Дома пробыла 3 месяца, за этот период выпали все волосы на голове, понизилось настроение, плакала, замкнулась.

Несмотря на это была выписана на работу, где сразу было предложено уволиться по собственному желанию. В дальнейшем трудоустроиться не смогла, «в уборщицы идти не хотелось», а других вакансий не было. Большую часть времени проводила дома, пыталась самостоятельно изучать английский язык (в школе учила немецкий). Чувствовала повышенную утомляемость, слабость, слезливость. Повторялись «приступы» с выраженным чувством страха. Стали возникать мысли о возможности убить кого-нибудь, мысли возникали в голове помимо её воли, «промелькнут и всё», желания реализовать их не было. Болезненно переживала по поводу появления этих мыслей. Беспокоили соматические ощущения: «сердце колет, голова давит, болит», была фиксирована на этих ощущениях. Периодически жаловалась на навязчивые представления «виденного на психиатрическом отделении». Лечилась в отделении неврозов. После комплексной терапии состояние улучшилось, стала готовиться к выписке, в этот период наблюдалось несколько приступов в виде плавных падений без ушибов («обмякала»), с сохранением зрачковых и корнеальных рефлексов, слабли руки и ноги. Была выписана из стационара с улучшением, получила 3 группу инвалидности по неврологическому заболеванию, в течение нескольких месяцев вся симптоматика прошла за исключением мыслей об убийстве, которые возникали изредка. Дома была пассивной, малообщительной, искать работу не стремилась, выполняла часть дел по дому. Отрасти густые, красивые волосы. Через полгода без причины появилось усиление мыслей «убить кого-нибудь», в связи с чем «накатило отчаяние» и она написала письмо президенту с просьбой о помощи. В письме писала, что из-за болезни «рухнула» её мечта стать переводчиком английского языка, что из-за навязчивых мыслей, она не может ничем заниматься; живёт в «маленьком городке», где нет врачей, которые могли бы ей помочь, что в стационаре её лечили плохо, так как у неё не было денег. Просила найти ей «спонсоров», которые помогли бы с лечением, или направить её в «специализированную клинику». В последствии письмо было передано в УЗО и больная повторно госпитализирована в отделение неврозов, хотя субъективно состояние к этому времени улучшилось. В отделении вела себя пассивно, общалась избирательно, книги не читала, смотрела телевизор, эмоциональные реакции отличались бедностью проявлений. Описывала изредка «мелькающие» мысли «убить кого-нибудь», говорила, что они мешают ей работать, но не могла объяснить, каким образом. Суждения наивны, поверхностны. Сказала о своём желании поступить в университет, стать переводчиком с английского. Большой перерыв после окончания школы объяснила тем, что «долго не могла определиться». Английский язык ей понравился, так как любит слушать песни на этом языке и «хотела бы знать, о чём поют». Призналась, что письмо президенту написала в расчёте на материальную помощь. Выбор адресата объяснила тем, что письмо президенту дойдёт и без адреса, а адреса министерства здравоохранения или управления здравоохранения области она не знала. Характеризовала себя как робкую, застенчивую, не конфликтную. В глубине души всегда считала, что заслуживает лучшей участи, хотела бы оказаться «на людях», быть в центре внимания.

В неврологическом статусе остаточные явления перенесённого менингококкового менингита. Заключение психолога: выявлены признаки ослабления памяти, нарушения внимания, обстоятельность, слабость абстрактного мышления.

Задания:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром (УК-1, ПК-5).
2. Определите основную стратегию медицинской и социальной помощи больному (ПК-6).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 6.

Больной Б., 57 лет.

Психопатологически наследственность не отягощена. Родился он старшим из 3-х детей в семье. Развивался в детстве правильно, не отставая от сверстников. Из перенесённых в то время заболеваний отмечает воспаление лёгких, травм головы тогда не получал. Вовремя пошел в школу, с программой справлялся посредственно, смог окончить лишь начальную школу, классов не

дублировал. Учился без желания, оставил учёбу. В последующем в вечерней школе получил 8-летнее образование. После окончания 8 классов освоил профессии токаря, слесаря, механика, на курсах выучился на водителя. На общих основаниях служил в армии в строевых частях. С его слов служба прошла ровно, демобилизован был в срок на общих основаниях. После этого в основном работал шофёром, с работой справлялся, характеризовался положительно. В это время стал массивно злоупотреблять алкоголем, повысилась переносимость алкоголя до 0,75 л водки за сутки, появились похмельные состояния в виде слабости, потливости, головной боли, дрожания рук, нарушений сна, тревоги, кошмарных сновидений. Привлекался к уголовной ответственности за совершение наезда на пешехода в состоянии алкогольного опьянения, во время которого он сам получил перелом костей ноги и «сотрясение головного мозга», лечился в больнице. Тогда сомнений в его психической полноценности не возникало, был осуждён на год исправительных работ. После этого был лишён водительских прав, работал слесарем, из-за пьянства часто менял места работы, подолгу нигде не удерживался. На фоне злоупотребления алкоголем у него впервые в возрасте 33 лет отмечался судорожный припадок с потерей сознания, по поводу чего лечился у невропатолога. Постепенно стал меняться по характеру в сторону раздражительности, вспыльчивости, привлекался к уголовной ответственности за нанесение побоев матери, был осуждён на 6 лет лишения свободы. Срок наказания прошёл гладко, освобождён был условно-досрочно. Женится, детей от брака не имеет, жена испытуемого также злоупотребляла алкоголем. Якобы в это время при падении получил повторную травму головы с потерей сознания, по поводу чего лечился в железнодорожной больнице (документально не подтверждено). Всё это время он также продолжал злоупотреблять алкоголем, доставлялся в медвытрезвитель, у него отмечались судорожные припадки, он оставался неуравновешенным, раздражительным, вспыльчивым. В связи с этим в 45 лет стал наблюдаться у психиатра. В том же году в связи с тем, что пытался порезать себе вены лечился в психиатрической больнице. После этого продолжал наблюдаться у психиатра, но сам врача не посещал, лечения не принимал. В этом же году привлекался к уголовной ответственности за убийство, подвергался амбулаторной СПЭ, по заключению которой признавался вменяемым. Был осуждён на 8 лет лишения свободы, в последующем срок был сокращён до 6 лет. В колонии работал поваром, характеризовался положительно, считался спокойным, уравновешенным, хотя с его слов у него по-прежнему отмечались судорожные припадки и он якобы в связи с этим лечился у психиатра. После освобождения проживал с матерью, т.к. с женой развёлся, был занят на неквалифицированных видах труда, часто менял места работы в связи с пьянством. По месту жительства характеризовался отрицательно в связи с тем, что пил вместе с матерью, скандалил с ней. Тяжёлых заболеваний за это время не переносил, травм головы с потерей сознания не получал. У психиатров после освобождения не наблюдался. Продолжал злоупотреблять спиртными напитками, выпивал запоями по несколько дней, пропивая пенсию матери, в состоянии опьянения был раздражителен, вспыльчив опохмелялся. Психические расстройства появились после очередного запоя и короткого воздержания. «Стали мерещиться бесы, черти», о чём он говорил матери, стал читать Библию, ушёл из дома. В таком состоянии незаконно проник в дом гр-на О., а потом поджёг стену внутреннего двора дома, говорил: «Вы меня и здесь нашли, я вам сейчас устрою, всё сожгу». После задержания сотрудниками милиции по-прежнему вел себя неправильно, был тревожен, возбуждён. Говорил, что за ним «гонятся роботы, поджечь дом заставили компьютерщики, следят постоянно». Был госпитализирован в психиатрическую больницу. При этом сознание его было не помрачено, ориентирован он был правильно, был многоречив, обманов восприятия у него не выявлялось, был раздражителен, злобен, своё состояние объяснял тем, что его незаконно задержала милиция, громко кричал, ругался нецензурно, на замечания раздражался, в связи с чем был фиксирован. После проведения лечения достаточно быстро уснул, потом успокоился, запомнил своё поведение накануне. В последующем вёл себя правильно, психических нарушений в виде помрачения сознания, нарушений ориентировки, галлюцинаторно-бредовых расстройств у него не отмечалось. Без достаточной критики относится к своему пьянству, достоверно описывает психические нарушения. Указывает, что «мне мать ещё перед этим «скорую» вызывала, черти тогда казались, они по полу ползали, а потом ещё как по телу что-то ползёт, во рту лазает». В таком состоянии убежал из дома, но по дороге «казалось, что преследуют черти, голоса слышал, вот я и пошёл. По

дороге казалось, что собаки напали, снова голоса слышал: «Тебе налево, а теперь направо», они какие-то чужие, мужские, как с неба раздавались. Думалось, что компьютерами преследуют, в мозги лучи вправляют, какие-то волны, ультразвуки заставляли, какие-то прожектора светили, милиция гналась». Не может объяснить причин госпитализации, критика к состоянию недостаточна. Мышление испытуемого последовательное, логически связное, обычное по темпу, галлюцинаторно-бредовых расстройств нет. Интеллект без грубых нарушений, в целом соответствует полученному образованию и жизненному опыту, хотя отмечается снижение уровня притязаний, увлечений, интересов. Настроение при обследовании неустойчиво, склонен к раздражительности, вспыльчивости, неуравновешенности.

В соматическом статусе признаки лёгочного туберкулёза.

В неврологическом статусе признаки токсической энцефалопатии.

Задания:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром (УК-1, ПК-5).
2. Определите основную стратегию медицинской и социальной помощи больному (ПК-6).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 7.

Больной Х., 69 лет.

Наследственность не отягощена. Рос и развивался здоровым. Отличался вспыльчивым характером. В юношеские годы злоупотреблял алкоголем. Курит. Работал слесарем. В настоящее время на пенсии. Женат, имеет детей, внуков.

В течение ряда лет у больного отмечались головные боли, головокружения, одышка, боли в области сердца. Наблюдался у терапевта с диагнозом: «Атеросклеротический кардиосклероз». На протяжении последнего года вёл судебную тяжбу из-за жилой площади, имела место реальная угроза выселения из квартиры. В связи с переживаниями во время судебного разбирательства стал подозрительным, считал, что соседи к нему плохо относятся.

За 1 месяц до поступления в клинику ухудшился сон, усилились головные боли, появилась слабость. Стал раздражительным, слезливым испытывал неопределённую тоску, тревогу за своё здоровье. Возникли мысли, что соседи «отравляют его газом, чтобы завладеть квартирой». Стал «замечать», что кто-то проникает к нему в комнаты, «перекладывает вещи», «ворует белье», «портит пищу». Затыкал ватой щели в дверях, многократно менял замки. Перестал спать, писал многочисленные письма в милицию и другие инстанции о его преследовании, просил, наказать соседей.

Психическое состояние: Сознание не помрачено. В поведении суетлив, предъявляет жалобы соматического характера, психически считает себя здоровым. Отказывается от еды и лечения, недоверчиво относится к врачам. Убеждён, что соседи «травят его», «вредят», «воруют вещи». Приводит многочисленные доказательства этого. Критика к высказываниям в отдельные моменты почти полностью отсутствует. Периодически бывает многоречив, обстоятелен. Фиксирован на проблеме судебного разбирательства. Старается подробно рассказать о своей жизни, но быстро истощается. Прошлое помнит в деталях, любит поговорить о днях своей молодости, помнит события школьных лет. Перечисляет своих детей, называет их имена, но внуков путает, память на текущие события снижена. Эмоционально лабилен, то несколько эйфоричен, шутит; то слабодушен при разговоре о квартире плачет, просит помощи.

Задания:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром (УК-1, ПК-5).
2. Определите основную стратегию медицинской и социальной помощи больному (ПК-6).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 8.

Больной Г., 34 года, рабочий на заводе. Женат 13 лет. Обратился по настоянию матери. Мать – руководитель на производстве, пациент работает у нее в цеху. Женщина властная, демонстрирует заботливое поведение по отношению к сыну. На приеме обеспокоена состоянием и поведением сына, более активна при расспросах врача, часто отвечает «вместо сына».

Алкоголизация пациента около 10 лет, после того, как «начались командировки на работе». Через 2-3 года начались «запой», «начал опохмеляться», «начал спиваться». 4 года назад «кодировался», ремиссия 8 месяцев, два года назад проходил стационарное лечение в наркологическом диспансере – ремиссия 6 месяцев.

На работе часто возникают конфликты с руководством из-за прогулов. От увольнения «спасает мать». Отмечает «постоянные придирки от начальства». Заявляет, что «раз зачислили в плохие работники, так уж и не поверят». Взгляд на свою будущую жизнь, работу и успех в работе – демонстративно скептический. Стрессы «на работе» считает самым стрессогенным фактором своей жизни. Признает, что не может сам «бросить пить», но и не верит, что «хоть кто-то поможет ему». Себя считает «закомплексованным» - «на улице не могу время спросить».

На вторую встречу, по просьбе врача пришел с женой. Жена – тихая, скромная женщина, отмечает властность и грубость супруга в семье. Оба отмечают, что на лечении у психотерапевта настаивала мать пациента, а не жена, хотя на консультацию жена пришла без сопротивления, «с надеждой, что что-то поможет». Жена активно участвует в семейной терапии. На приеме пациент ведет себя как лидер семьи. Работу по дому не выполняет, т.к. считает, что это «женское дело». Патологии памяти, интеллекта не выявлено.

На приеме: ведет себя настороженно, активно демонстрируя «уверенное поведение». В успех лечения не верит, к консультации у врача относится скептически.

Пациент направлен на лечение к участковому наркологу, индивидуальная и семейная терапия продолжена.

Задания:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром (УК-1, ПК-5).
2. Определите основную стратегию медицинской и социальной помощи больному (ПК-6).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 9.

Мальчик 15 лет. Развивался нормально. Рос здоровым, общительным, послушным. В возрасте 7 лет перенёс грипп с высокой температурой и длительным бессознательным состоянием. Вскоре после выздоровления ушиб головы, около часа был без сознания. После этих заболеваний стал возбудимым, драчливым, неуживчивым. Учился удовлетворительно, но постоянно нарушал дисциплину. В 10-14 лет находился в психиатрической больнице. После первой госпитализации переведен во вспомогательную школу.

По физическому развитию соответствует 17-18 годам; половой метаморфоз закончен.

Внутренние органы без отклонений. Реакция зрачков на свет несколько ослаблена, язык уклоняется вправо, симптом Бабинского справа.

Психический статус: вял, апатичен, бездеятелен. По собственной инициативе в разговор не вступает, со сверстниками не общается, не читает, интересы ни к чему не проявляет. Желания ограничиваются едой и примитивными бытовыми удобствами. Родных не вспоминает, пребыванием в больнице не тяготится, о будущем не думает. Во время беседы и учебных занятий отмечается правильная речь, удовлетворительная техника чтения и письма. При исследовании интеллекта наряду с преобладанием элементарных конкретных суждений неожиданно правильно обобщает, оценивает сходство и различие по существенным признакам.

Задания:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром (УК-1, ПК-5).
2. Определите основную стратегию медицинской и социальной помощи больному (ПК-6).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 10.

Девочка 5 лет. Поступила с жалобами на судорожные припадки с потерей сознания.

Родители здоровы, отец очень упрямый, настойчивый, педантичный. Мать спокойная, аккуратная.

Беременность и роды протекали у матери нормально. Раннее развитие девочки своевременное. В возрасте 1 года 2 месяцев перенесла тяжелую диспепсию. Росла спокойной, общительной. В детском саду отмечали большую аккуратность, исполнительность, но так же упрямство, настойчивость. Первый судорожный припадок возник без видимой причины в трех летнем возрасте. Девочка внезапно упала, потеряла сознание, были тонико-клонические судороги с пеной у рта. Приступы повторялись 1-2 раза в месяц. За минуту до припадка подбегала к матери, жаловалась, что тошнит и «глаза плохо видят». Была стационарирована через 2 года после начала болезни. В физическом состоянии отклонений не обнаружено. В неврологическом статусе лишь нистагмические подергивания при крайних отведениях глазных яблок, сглаженность правой носогубной складки. На ЭЭГ регистрируется низко амплитудная быстрая активность, которая наслаивается на медленные волны. Частые гиперсинхронные разряды, в височных отведениях билатеральные всплески «пик-волна». Патологическая активность локализуется преимущественно височно-лобных отведениях. Очаг патологического возбуждения исходит из глубоких отделов мозга.

Психический статус. В отделении охотно общается с детьми, делает им замечания. Слабого ребенка может ударить, если он не выполнит ее приказа. Никому не уступает в игре, легко обидчива, обиду помнит долго, в занятиях медлительна, пассивна. Любит слащаво, назойливо приласкаться к взрослым. Интеллект сохранён, имеется лишь некоторое снижение механической памяти.

Задания:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром (УК-1, ПК-5).
2. Определите основную стратегию медицинской и социальной помощи больному (ПК-6).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 11.

Ребенок 6,5 лет. О наследственности мальчика сведений нет. Роды у матери затяжные, с применением щипцов, отмечалась родовая травма. Раннее развитие своевременное. В возрасте 5 лет перенёс травму головы, после которой возникли судорожные припадки, повторяющиеся через 2-3 недели. Во время приступа «застывает», появляются глотательные движения. В течение последнего года стал двигательно-беспокойным, назойливым, непослушным.

В физическом развитии отстаёт, пониженного питания. Внутренние органы без отклонений. Неврологическое состояние: череп гидроцефальной формы с венозной сетью на висках; сглаженность левой носогубной складки, сухожильные рефлексy повышены.

Психическое состояние: в контакт вступает легко, многоречив, часто повторяет одно и то же. Интеллектуально снижен. Эйфоричен, нет чувства дистанции. Внимание резко нарушено, во время занятий не может сосредоточиться даже на короткое время. Память снижена. В отделении двигательно-расторможен, беспокоен, чрезмерно возбудим, конфликтен, на замечания не реагирует, не может успокоиться, пока не отомстит. С персоналом чрезмерно ласков, подходит ко всем с угодливой улыбкой. В отделении 2-3 раза в неделю наблюдались припадки: судорожное заведение глаз, глотательные движения.

На ЭЭГ во всех областях головного мозга регистрируются множественные гиперсинхронные разряды, имеются комплексы «пик-волна».

Задания:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром (УК-1, ПК-5).
2. Определите основную стратегию медицинской и социальной помощи больному (ПК-6).

3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 12

Больной К., 20 лет.

Поступил на отделение невротозов психиатрической больницы впервые по направлению участкового психиатра для обследования и лечения.

Психически больных в семье нет. Родился 2-м ребенком. Беременность с токсикозом 1-й половины. В раннем детстве установлен диагноз ДЦП. Является инвалидом 2 группы с детства. Психомоторное развитие с задержкой (сидит с 2,5 лет, ходит с 3 лет). Детский сад посещал, адаптировался нормально. Обучался в общеобразовательной школе с 9 лет. Учеба давалась с трудом. После окончания 9 класса школы поступил в техникум-интернат, где учится по настоящее время по специальности «технолог». По характеру всегда был достаточно общительным, неконфликтным, медлительным, мнительным. В настоящее время проживает с матерью. Отношения в семье доброжелательные (ранее в семье были частые конфликты на фоне пьянства отца). Ухудшение психического состояния произошло полгода назад. Появились приступообразные боли в области сердца колющего, сжимающего характера, страх смерти. Понизилось настроение, аппетит, стал беспокойным, раздражительным. Также начали беспокоить боли при мочеиспускании. Обследовался амбулаторно у терапевта, уролога (патологии не обнаружено). 3 месяца без эффекта лечился у психиатра амбулаторно (принимал сибазон, фенибут), затем был направлен в стационар.

При поступлении в больницу был медлителен. Ответы краткие, односложные, после паузы. Нуждается в стимулировании, упрощении задаваемых вопросов. Продуктивность контакта снижена. Активно высказывает жалобы на головные боли, боли в области сердца, болезненность при мочеиспускании. Тревожен, фиксирован на соматическом состоянии, интересуется, когда ему выполнят дополнительные обследования, чтобы исключить заболевание сердца. Начало заболевания связывает со смертью сокурсницы, полгода назад от заболевания сердца. Сознание не помрачено. Ориентирован полностью верно. Мышление замедлено по темпу, ригидное, последовательное. Галлюциаторно-бредовой симптоматики нет. Внимание неустойчивое, истощаемое. Память, интеллект без грубого снижения. Запас знаний соответствует возрасту и полученному образованию. Эмоционально неустойчив.

Заключение терапевта: ожирение 1. ВСД по гипертоническому типу, Н0.

Консультирован урологом ОКБ 07.04.10, заключение: хронический простатит, варикоцеле слева 1 ст.

Заключение невролога: ДЦП, гемиплегическая форма, легкий центральный левосторонний гемипарез, гиперкинетический синдром. Гидроцефальный синдром. ВСД по гипертоническому типу.

Заключение психолога: на момент обследования выявлены признаки легкого снижения памяти, концентрации внимания, динамики психических процессов.

Получал лечение: сонапакс, седуксен, пирацетам, диакарб, панангин, циннаризин, эналаприл, ЛФК. В результате проведенного лечения самочувствие постепенно улучшилось, стал более спокойным, уменьшились боли в области сердца, головные боли.

Выписан в связи с завершением обследования и лечения в удовлетворительном состоянии.

Задания:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром (УК-1, ПК-5).
2. Определите основную стратегию медицинской и социальной помощи больному (ПК-6).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 13

Больной К., 16 лет.

Психически больных в семье нет. Поздно начал ходить и говорить. Устанавливался диагноз «перинатальная энцефалопатия, натальная травма позвоночника, нижний спастический парез,

задержка психомоторного развития». Был признан инвалидом детства. Детский сад посещал с 4 лет, был тихим, замкнутым. Обучался в коррекционной школе-интернате для детей с нарушениями речи с 9 лет. Из школьной характеристики: «Мотивация к школьному обучению снижена», «успеваемость невысокая», «ребенку требуется индивидуальный подход и постоянная помощь», «домашние задания по русскому языку, математике, чтению выполняет нерегулярно, в основном с помощью мамы». «На уроках профессионального трудового обучения с заданиями не справляется», «трудовые навыки сформированы слабо». В настоящее время учится в 7 классе. Проживает с родителями. Отношения в семье доброжелательные, спокойные. Родители уделяют много внимания воспитанию ребенка, заботятся о нем. По характеру замкнутый. Два года назад при катании с горки получил травму головы и левого глаза. В настоящее время зрение в левом глазу резко снижено. С этого же времени стал раздражительным, вспыльчивым, появились колебания настроения. По сведениям из школьной характеристики: «в этом году учителя особенно недовольны успеваемостью, безответственным отношением к учебе и поведением», «на уроках может без причины смеяться, мешать одноклассникам, а на замечания педагогов нередко выражается нецензурными словами», «легко подвержен дурному влиянию». С возраста 5 лет наблюдается у участкового психиатра.

В отделении моторно спокоен. Держится несколько настороженно, неуверенно. Продуктивность контакта снижена. Речь с косноязычием. Словарный запас беден, формулирует простые фразы. Суждения примитивные, конкретные. Причину госпитализации полностью не осознает, считает, что нужно «получить какую-то бумажку», какую именно не знает – «спросите у мамы». Подробно рассказать о себе затрудняется, путает основные события жизни. Мимика невыразительная. В непомраченном сознании. Ориентирован верно. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики нет. Мышление замедлено по темпу, конкретно. Уровень абстрагирования значительно снижен. Не объясняет смысл пословиц, метафор, не справляется с заданиями на исключение 4-го лишнего. Интеллект низкий, не соответствует возрасту и полученному образованию. Память снижена. Запас знаний беден. Примеры из таблицы умножения называет с ошибками. Читает медленно, часто сбивается. Внимание переключается с трудом. Настроение хорошее, ровное. Эмоциональные реакции примитивные, бедные. Критические способности снижены.

Заключение терапевта: грубой патологии внутренних органов не обнаружено.

Заключение невролога: резидуальная перинатальная энцефалопатия.

По результатам психологического исследования IQ – 55, интеллектуальная эффективность заметно ниже нормы. Тест УНП: повышен уровень психопатизации.

Задания:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром (УК-1, ПК-5).
2. Определите основную стратегию медицинской и социальной помощи больному (ПК-6).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия»
Институт последипломного образования

Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины

Оценочные средства и методические материалы для проведения промежуточной аттестации по дисциплине «Соматоневрология»

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - невролог
Направление подготовки:	31.08.42 Неврология
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ОД.2

1. Паспорт ОС по дисциплине «Соматоневрология»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	<i>Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу</i>	2 год обучения
ПК-1	<i>Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i>	2 год обучения
ПК-2	<i>Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными</i>	2 год обучения
ПК-5	<i>Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i>	2 год обучения
ПК-6	<i>Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи</i>	2 год обучения
ПК-8	<i>Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</i>	2 год обучения
ПК-9	<i>Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</i>	2 год обучения
ПК-10	<i>Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</i>	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
------	------------------	------------------------------------	--	--

1.	УК-1	<p>Знает: - основы логики - философские диалектические принципы - методологию диагноза</p> <p>Умеет: Клинически мыслить</p> <p>Владеет: - логическим мышлением - способностью к анализу и синтезу</p>	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет 2 год обучения
2.	ПК-1	<p>Знает: – вопросы развития, нормальной анатомии и гистологии центральной и периферической нервной системы у детей и взрослых – физиологические основы функционирования головного и спинного мозга у детей и взрослых – вопросы анатомии и физиологии ликворной системы</p> <p>Умеет: - проводить самостоятельный прием неврологических больных в поликлинике</p> <p>Владеет: - основными принципами профилактики функциональных нарушений нервной системы</p>		
3.	ПК-2	<p>Знает: - порядок проведения профилактических медицинских осмотров и диспансерного наблюдения</p> <p>Умеет: - правильно и максимально полно опрашивать больного, собирать анамнез заболевания и анамнез жизни, проводить полное неврологическое обследование взрослых и детей, выявлять общие и специфические признаки патологии нервной системы</p> <p>Владеет: - комплексом методов стандартного неврологического обследования.</p>		
4.	ПК-5	<p>Знает: - виды функциональных и клинических исследования нервной системы у детей и взрослых, применяемые на современном этапе - симптомы и синдромы поражения различных отделов нервной системы, - вопросы ранней диагностики и дифференциальной диагностики неврологических заболеваний - современную систему диагностики</p>		

		<p>заболеваний и травм нервной системы, включающую клинические методы, лабораторную, инструментальную, нейрофизиологическую, ультразвуковую и рентгено-радиологическую диагностику</p> <p>- классификацию и клинические особенности врождённых аномалий центральной нервной системы</p> <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильно интерпретировать результаты инструментальных исследований (ультразвукового, рентгеновского: магнитно-резонансной и компьютерной томографии, ангиографического исследования), - выявлять основные жалобы, проводить обследование и дифференциальную диагностику при сосудистых, опухолевых, воспалительных и паразитарных заболеваниях нервной системы, эссенциальной эпилепсии и эпилептических синдромах, травмах нервной системы, дегенеративных поражениях позвоночника. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - комплексом методов стандартного неврологического обследования, - методами лечебно-диагностических пункций и малоинвазивных хирургических вмешательств. 		
5.	ПК-6	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - порядки оказания медицинской помощи неврологическим больным <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определять объем и место оказания дальнейшей медицинской помощи (в приемном отделении, стационаре, многопрофильном лечебном учреждении), - определить объем и сроки обследования при поражениях нервной системы, - определять лечебную тактику при заболеваниях нервной системы <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основными принципами лечения при функциональных нарушениях нервной системы - основными навыками диагностики и лечения черепно-мозговой и спинно-мозговой травмы - основными принципами лечения 		

		<p><i>сосудистых заболеваний центральной нервной системы</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>основными принципами лечения при нейроонкологии</i> - <i>основными принципами лечения воспалительных и паразитарных заболеваний нервной системы</i> - <i>основными принципами лечения эпилептических синдромов</i> - <i>основными принципами лечения дегенеративных заболеваний позвоночника</i> - <i>основными принципами интенсивной терапии при ургентной патологии</i> 		
6.	ПК-8	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>вопросы медико-социальной реабилитации при патологии нервной системы</i> <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>организовывать лечебно-диагностическую работу по неврологии в условиях поликлиники и стационара</i> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>основными принципами лечения, включая восстановительное лечение, при нейроонкологии, сосудистых заболеваниях центральной нервной системы, травмах нервной системы воспалительных и паразитарных заболеваниях, эпилептических синдромах, дегенеративных заболеваниях позвоночника.</i> 		
7.	ПК-9	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>принципы и методы формирования здорового образа жизни</i> - <i>организацию и принцип работы центра социальной реабилитации</i> <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</i> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>системой выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</i> 		
8.	ПК-10	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>нормативно-правовую базу ведения больных в поликлинике и стационаре</i> - <i>нормативно-правовые документы (приказы, распоряжения) о порядке оказания медицинской помощи больным</i> 		

	<p>- основы экспертизы и определения нетрудоспособности при заболеваниях нервной системы</p> <p>Умеет:</p> <p>- вести медицинскую документацию (истории болезни, амбулаторные карты и др.)</p> <p>- правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты</p> <p>- правильно использовать экономические параметры при оказании медицинских услуг</p> <p>Владеет:</p> <p>- основными принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</p>		
--	---	--	--

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено» и «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	<p>Умеет: абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p> <p>Владеет: абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</p>	<p>Умеет <u>Не может провести</u> анализ предложенных случаев и сделать выводы</p>

ПК-1	<p>Умеет: осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p>Владеет: осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>
ПК-2	<p>Умеет: проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p> <p>Владеет: проводит профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществляет диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p>	<p>Умеет: <u>не способен</u> проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p>
ПК-5	<p>Умеет: определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>Владеет: определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>
ПК-6	<p>Умеет: вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи</p> <p>Владеет: ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи</p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи.</p>

ПК-8	<p>Умеет: применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p> <p>Владеет: применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>
ПК-9	<p>Умеет: формировать у пациентов, членов их семей и населения в целом, мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Владеет: проводит мероприятия по формированию у пациентов, членов их семей и населения в целом, мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> мотивировать пациентов, членов их семей и население в целом на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.</p>
ПК-10	<p>Умеет: применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p> <p>Владеет: применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10

1. Ранними формами неврологических осложнений при заболеваниях печени являются:
 - а) экстрапирамидные нарушения;
 - б) миелопатия;
 - в) неврастенический синдром;
 - г) полиневропатия.
2. Для синдрома фуникулярного миелоза характерно:
 - а) сенситивная атаксия;
 - б) диплопия;
 - в) вялые парезы ног;
 - г) мозжечковая атаксия.
3. 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 прогрессирующим течением;
 - г) постепенное начало заболевания с ремиттирующим течением неврологических проявлений.
4. При вирусном гепатите наиболее часто наблюдается:
 - а) энцефалопатия;
 - б) миелопатия;
 - в) полирадикулонейропатия;
 - г) множественная нейропатия.
5. Основным причинным фактором развития полинейропатии при заболеваниях желудочно-кишечного тракта является дефицит:
 - а) витамина С;
 - б) жиров;
 - в) углеводов;
 - г) витаминов В1 и В12.
6. Наиболее частыми проявлениями полинейропатии при заболеваниях желудочно-кишечного тракта являются:
 - а) двигательные нарушения;
 - б) чувствительные нарушения;
 - в) координаторные нарушения;
 - г) когнитивные расстройства
7. 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.
8. Для заболеваний почек с симптомами хронической почечной недостаточности наиболее характерны следующие синдромы поражения нервной системы:
 - а) сенсо-моторная полинейропатия;
 - б) мононевропатия;
 - в) уремическая кома;
 - г) острое нарушение мозгового кровообращения.

9. 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.
10. При пневмококковой пневмонии наиболее частым неврологическим осложнением является:
 - а) полинейропатия ;
 - б) миелопатия;
 - в) энцефалопатия;
 - г) менингит.
11. При острой метаболической энцефалопатии может наблюдаться:
 - а) гиперсомния;
 - б) сенсорная атаксия;
 - в) миоклонический гиперкинез;
 - г) снижение глубоких рефлексов.
12. При эритремии неврологические осложнения развиваются вследствие:
 - а) тромбоцитопении с геморрагическими периваскулярными экстравазатами;
 - б) тромбоза церебральных артерий с ишемическим поражением ЦНС;
 - в) метаболической аноксии;
 - г) гипокоагуляции.
13. При острых лейкозах часто встречаются неврологические синдромы в виде:
 - а) полинейропатии;
 - б) невралгии краниальных нервов;
 - в) паренхиматозного кровоизлияния
 - г) головной боли напряжения.
14. Поражение нервной системы при лимфогранулематозе происходит в результате:
 - а) нарушения гемоциркуляции;
 - б) компрессии нервов гранулематозной тканью;
 - в) нарушения ликворциркуляции;
 - г) изменения электролитного обмена.
15. 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) прогрессирующее течение двигательного дефекта.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача № 1.

Больной Е., 15 лет

Жалобы: на кратковременные эпизоды онемения (несколько минут) в правой кисти, изредка голени, возникающие после физической нагрузки; головокружения системного характера; повышенный аппетит, ожирение 2 степени; яркие стрии на ягодицах, животе; гипергидроз.

Анамнез заболевания: родился в срок, вес при рождении 2900, физическое и психическое на 1-м году - задержка психомоторного развития (дефицит веса, задержка речевого развития). Группа здоровья III, врожденная миопия III. Привит по возрасту. Около 2-х лет эпизоды онемения в правой кисти, изредка голени после физической нагрузки. Колебания АД от 90/50 до 150/90 мм рт.ст. Рост 180 см, масса тела 100 кг. ИТМ 30,8.

Неврологический статус: зрачки D=S, недостаточность конвергенции. Объем движения глазных яблок полный. Точки выхода тройничного нерва безболезненные. Позиционный нистагм. Асимметрия носогубных складок $D \leq S$. Глотание, фонация не нарушены. Плечи поднимает. Язык по средней линии. Мышечный тонус не изменен. Сила мышечных групп 5 баллов. Глубокие рефлексы с легкой анизорефлексией $S \geq D$, без патологических знаков. ПНП выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга легкое пошатывание. Речевых, чувствительных нарушений нет. Менингеальные симптомы отрицательные. Дистальный гипергидроз.

Проведенное обследование:

Общий анализ крови: эр 4.0, Нв135, цп 1.0, лейкоц 4.4, с 63, мон 9, лимф 28, СОЭ 2 мм/ч.

Общий анализ мочи: без патологии

Глазное дно: ДЗН бледно-розовые, границы четкие, вокруг миопическая стафиллома, сосуды прямолинейны.

ФГ: без патологии

ЭКГ: Ритм синусовый. Вегетативные влияния на миокард.

УЗДГ: церебральный кровоток со склонностью к вазоконстрикторным реакциям D=S. Функционируют передняя и обе ЗСоА. Умеренно снижен кровоток по 3-4 сегментам ПА, кровоток по ОА удовлетворительный. Венозная дисгемия выражена по позвоночным венам.

ЭхоЭС: смещение срединного комплекса не определяется.

ЭЭГ: признаки ирритации диэнцефальных структур 1 степени.

РЭГ: объемное пульсовое кровенаполнение снижено во всех бассейнах. Тонус средних и мелких артерий повышен в бассейне ВСА. Периферическое сосудистое сопротивление повышено во всех бассейнах. Признаки затруднения венозного оттока. Вертеброгенное воздействие на гемодинамику.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).
7. Назовите рекомендации пациенту и его родственникам по укреплению здоровья (ПК-9).

Ситуационная задача № 2.

Больной 48 лет, в течение длительного времени злоупотребляет алкоголем. Около месяца назад стал отмечать онемение в конечностях, больше в кистях и стопах, с постоянно нарастающей слабостью в них, стал неуверенно ходить.

При поступлении состояние удовлетворительное, соматической патологии не выявлено.

В неврологическом статусе общемозговых и менингеальных симптомов нет, черепные нервы без особенностей, активные движения в конечностях в полном объеме, выявляются снижение мышечной силы в кистях и стопах, атрофия межкостных мышц на кистях, болезненность при пальпации по ходу нервных стволов конечностей, сухожильные и периостальные рефлексы равномерно снижены, болевая гипестезия по типу высоких перчаток и носков.

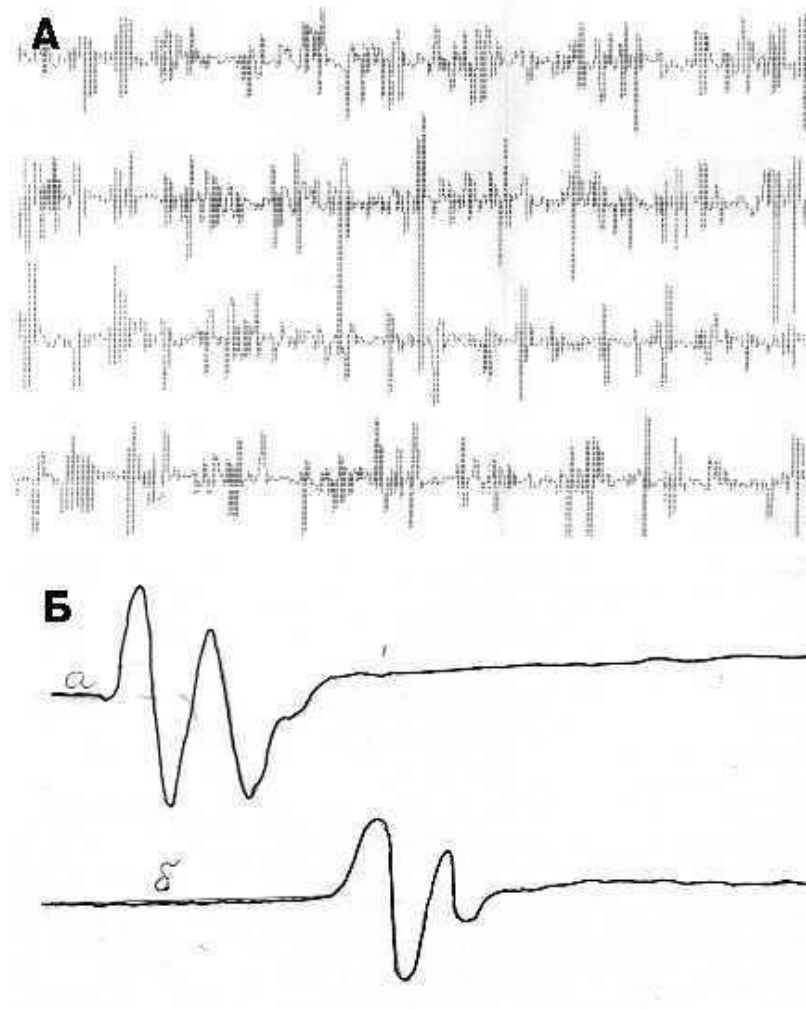
Анализ крови и мочи без патологии.

При люмбальной пункции получен прозрачный бесцветный ликвор вытекающий под нормальным давлением, содержание клеток и белка не увеличено.

Анализ ликвора: цвет - бесцветный, прозрачность - прозрачный, ксантохромии - нет, цитоз - 3 лимфоцитов, белок - 0.33 мг %, давление 180 мм водного столба

При электромиографии (ЭМГ) с икроножной мышцы получен денервационный тип кривой (рисунок, А - ЭМГ с икроножной мышцы, максимальное усиление, Б - запись М-ответа: (а) - латентный период М-ответа в дистальной точке, (б) - в проксимальной точке. Разность латентных периодов 12,6 мс, расстояние между точками стимуляции 405 мм, скорость проведения импульса 32 м/с).

Рисунок к задаче №2 (ЭМГ с икроножной мышцы)



Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).
7. Назовите рекомендации пациенту и его родственникам по укреплению здоровья (ПК-9).

Ситуационная задача № 3

Больная Е., 54 года

Жалобы: головная боль давящего характера в затылочной, височной областях; эпизоды шума в голове; эпизоды головокружения несистемного характера; боль в шейном отделе позвоночника; снижение массы тела в течение последнего месяца на 10кг; общая слабость. На эпизоды тахикардии до 140 в минуту, сопровождающиеся холодным потом, онемением кистей, стоп, повышением АД до 190/100, общим беспокойством,

тревожностью, тремором в руках. Развиваются в ночное время с частотой от 2р/неделю до отсутствия приступов в течение месяца. Постоянная изжога.

Анамнез заболевания: вышеописанные симптомы беспокоят около 5 лет. Регулярно амбулаторное и стационарное лечение (вазоактивная, ноотропная терапия) с положительным эффектом.

Неврологический статус: рассеянная микросимптоматика (недостаточность конвергенции, асимметрия носогубных складок $s < d$, оживление глубоких рефлексов, дистальный гипергидроз)

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови 14.01.09: эр4.6 Нв 143 цп 0.92 лейко 5.0 сег50 мон4 лим36 СОЭ8

Общий анализ мочи 14.01.09: белок нет, лейко 4.6 п/з, эп.кл 2-3п/з

Биохимия крови 20.01.09: мочевины 5.5 ммоль/л креатинин 85.7 ммоль/л общий белок 70.8 г/л холестерин 4.8 ммоль/л в-липопротеиды 32ед калий 4.2 ммоль/л натрий 144 ммоль/л триглицериды 1.6 ммоль/л

ФГ 29.12.2008: без патологии

Глазное дно 03.12.08: начальная возрастная катаракта, ангиосклероз сетчатки

ЭКГ 20.02.09: вертикальное положение ЭОС, ритм синусовый ЧСС 63.

ЭЭГ 22.01.09: легкие изменения биоэлектрической активности общемозгового характера.

УЗИ почек 27.01.09: диффузные изменения в почках, коликоэктазия справа (эхо-признаки хронического пиелонефрита). Правосторонний нефроптоз. Нельзя исключить «песок»

Психиатр 19.01.09: тревожно-фобический синдром

ФГДС 19.01.09: гастродуоденит. Эзофагит

Гинеколог 22.01.09: неполное выпадение влагалища

УЗДГ 21.01.09: дистальные отделы плече-головного ствола, проксимальные отделы подключичных артерий, ОСА, ВСА, НСА визуализированы, проходимы, КИМ не утолщен с частичной потерей дифференциации на слои. Кровоток магистральный $d=s$. Церебральный кровоток нормокинетического типа $d=s$. Функционирует ПСоА, снижена ауторегуляция сосудистого тонуса. Позвоночные артерии проходимы, кровоток антеградный $d=s$.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).
7. Назовите рекомендации пациенту и его родственникам по укреплению здоровья (ПК-9).

Ситуационная задача № 4.

Больная Л., 61 год

Жалобы: выраженную общую слабость, головокружение, боль в правой половине грудной клетки, выраженную боль в левом голеностопном суставе

Анамнез заболевания страдает гипертонической болезнью, ИБС, стенокардия напряжения, ХСН. В течение года беспокоила одышка и загрудинная боль при ходьбе. 21.01.08 на приеме в поликлинике после приема 2 таблеток нитросорбида остро развилась выраженная общая слабость, головокружение. При осмотре пульс слабый, АД не определяется. Диагностировано коллаптоидное состояние, на фоне которого развились генерализованные клонические судороги. Упала. В послеприступном периоде вышеописанные симптомы

Неврологический статус при поступлении: недостаточность конвергенции, торпидность глубоких рефлексов повышены $S=D$, мышечная сила в левой руке 5 баллов;

Маринесу-Радовичи двусторонний. Расстройств чувствительности нет, в позе Ромберга легкое покачивание.

Общий анализ мочи: 1024, белок 0.03, эп кл 0-1, лейкоц 0-1

Общий анализ крови: эр 3.9 Нв 123, цп 0.94, лейкоц 5.0, э 1, п 1, сегм 56, мон 5 лимф 37 СОЭ 20

ЭКГ: эос отклонена влево, блокада передней верхней ветви ЛНПГ. Признаки гипертрофии левого желудочка. Диффузные изменения миокарда

Рентгенограмма органов грудной клетки: легкие расправлены, прозрачны, синусы свободны, органы средостения не смещены. Травматических изменений ребер не определяется.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).
7. Назовите рекомендации пациенту и его родственникам по укреплению здоровья (ПК-9).

Ситуационная задача № 5.

Больная Б 78 лет

Жалобы при поступлении: интенсивная головная боль, тошнота, рвота, боли в области сердца, гипергидроз

Анамнез заболевания: страдает гипертонической болезнью с повышением АД до 220/...; нерегулярно принимала дибазол, папаверин. 3.10.08 в поликлинике ОКБ (прием к сурдологу) остро развилась сильная головная боль, боли в области сердца, гипергидроз, рвота желчью; зарегистрировано ↑ АД 250/140, с диагнозом «Гипертонический криз, острая гипертоническая энцефалопатия», госпитализирована ревматологическое отделение ОКБ. В последующие дни сохранялось высокое АД 180-200/100, головная боль, рвота. На 3-и сутки с момента заболевания присоединение менингеальная симптоматика. После РКТ переведена в неврологическое отделение.

Неврологический статус недостаточность конвергенции, асимметрия носогубных складок d<s; парезов нет, глубокие рефлексы торпидны d=s, рефлексы орального автоматизма. Регресс менингеального синдрома к 10 дню заболевания

Из амбулаторной карты:

Спинно-мозговая пункция не выполнялась ввиду выраженной кифо-сколиотической деформации.

РКТ: выявлены признаки желудочково-субарахноидального кровоизлияния.

Общий анализ мочи: белок 0.03

Общий анализ крови 06.10.08 эр 4.0 Нв 127 цп 0.9 лейкоц 5.6 п 6 сег 70 мон 3 лимф 21 СОЭ 28

Сахар крови: от 5.8 до 7.5 ммоль/л

Биохимия крови 06.10: мочевины 14.7 креатинин 92.1 общий белок 74.2 СРБ отр холестерин 6.7 в-липопротеиды 43 АСТ 0.32 АЛТ 0.32 калий 4.1 натрий 139 триглицериды 1.48

ЭКГ: ритм синусовый ЧСС 63; горизонтальное положение ЭОС; гипертрофия ЛЖ и ЛП. Диффузные метаболические изменения в миокарде

Глазное дно: диски зрительных нервов розовые, границы четкие; артерии склерозированы, вены расширены

КТ «Соматом»: желудочково-субарахноидальное кровоизлияние. внутренняя и наружная гидроцефалия.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).
7. Назовите рекомендации пациенту и его родственникам по укреплению здоровья (ПК-9).

Ситуационная задача № 6

Пациентка Р, 59 лет, поступила в ревматологическое отделение ОКБ с жалобами на боли в левой нижней конечности, онемение верхних и нижних конечностей, боли в икроножных мышцах, повышение температуры тела до 39 °С, потливость и учащенное сердцебиение по ночам, затруднение передвижения.

В анамнезе: переохлаждение, периодические насморк и слезотечение (май 2015 г.). В августе 2015 г. возникли боли в икроножных мышцах, чувство тяжести в нижних конечностях, затруднение в передвижении на расстояние более 500 м, покалывание и зябкость в кистях рук, мелкоточечные пятна. Через 2 мес после выписки регистрировали длительное повышение температуры тела до 39 °С, снижение массы тела на 7 кг за 3 мес, постоянную потливость, учащенное сердцебиение по ночам, сыпь на нижних конечностях.

При осмотре. Состояние средней тяжести, в сознании, положение активное; питание умеренное; множественная многоформная сыпь на голенях и стопах: петехиальные, депигментированные пятна, livedo reticularis («сетчатый синяк»); мелкие подкожные узелки по ходу сосудистых пучков стопы – феномен «нити с бусами»; гиперемия ладоней. Холодовая проба отрицательна, периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет, щитовидная железа в норме, температура тела 37,8 °С. Дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 100 уд / мин, неритмичный, АД 120 / 80 мм рт. ст. В неврологическом статусе снижение болевой чувствительности на ногах до уровня колен.

По данным лабораторных исследований: лейкоциты $10,5 \cdot 10^9 / л$, тромбоциты $443 \cdot 10^9 / л$, СОЭ 41 мм / ч, антистрептолизин-О – отрицательный, ревматоидный фактор > 24 МЕ / мл, СРБ 48 мг / л, белок общий 63,7 г / л. АНЦА 2,67 (норма 0–1), IgA 7,54 г / л, IgM 2,27 г / л. HBs-АГ, HIV, антитела к T. pallidum, антиHCV (суммарные) – отрицательно. Анализ мочи: белок 0,068 г / л, лейкоциты 1–3–2 в поле зрения, эритроциты 1–0–1 в поле зрения, ураты сплошь. Коагулограмма без особенностей.

По результатам ЭНМГ: сенсомоторная полинейропатия по аксонально-демиелинизирующему типу с преимущественным поражением нижних конечностей.

На рентгенограмме области грудной клетки визуализировали расширение корней легких за счет увеличения калибра артериальных сосудов.

На ЭКГ: синусовая тахикардия, частота сердечных сокращений 109 уд / мин. ЭхоКГ, УЗИ органов брюшной полости, фиброгастроуденоскопия клинически значимой патологии не выявили.

На рентгенограмме коленного и голеностопного суставов в 2 проекциях изменения со стороны костей не зарегистрированы.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).
7. Назовите рекомендации пациенту и его родственникам по укреплению здоровья (ПК-9).

Ситуационная задача № 7.

Пациент Ф., 1997 г. р. С 3 лет наблюдался в педиатрической сети в ЦРБ по месту жительства по поводу судорожного синдрома; с 14 лет – в ДКБ, где заподозрен диагноз неспецифического аортоартериита; в 18 лет обратился в ОКБ с жалобами на стойкое повышение АД, эпизоды кровохарканья. На амбулаторном этапе проведены консультации специалистов и лабораторное обследование.

Из анамнеза. В возрасте 3 лет у больного впервые появились эпизоды судорог. По данным МРТ были выявлены атрофический процесс головного мозга, признаки очагового энцефалита. Спустя год присоединились хромота, слабость в конечностях, подволакивание правой нижней конечности при ходьбе, одышка, эпизоды повышения температуры тела до 38 °С. В связи с сохраняющейся лихорадкой и повышением СОЭ до 41 мм / ч для исключения лихорадки неясного генеза в 2004 г. больной консультирован фтизиатром, рекомендована профилактическая терапия изониазидом. В 2011 г. пациент стал отмечать усиление головокружения, шум в ушах, предобморочное состояние. В 2013 г. после эпизода потери сознания и повышения АД пациент обследован в кардиоревматологическом отделении ОКБ, где были выявлены разность АД на руках (слева 160 / 110 мм рт. ст., справа 140 / 100 мм рт. ст.) и ногах (слева 300 / 120 мм рт. ст., справа 200 / 100 мм рт. ст.), систолический шум вдоль левого края грудины.

В октябре 2015 г. больной обратился в поликлинику РКБ в связи с ухудшением состояния: нарастание слабости, одышки, появление кровохарканья (преимущественно в ночное время, приходится спать с возвышенным головным концом), отеков, уменьшение диуреза. Пациент госпитализирован в отделение сердечно-сосудистой хирургии ОКБ.

Объективно: дефицит массы тела (индекс массы тела 17 кг / м²), выраженная гипотрофия верхних и нижних конечностей, шум в сонных артериях, над- и подключичной артерии слева, в области почечных артерий, над брюшной аортой, различное высокое АД на верхних и нижних конечностях, ослабление пульсации на лучевых, задних большеберцовых артериях.

Результаты обследования.

Общий анализ крови: Нв 98 г / л, СОЭ 38 мм / ч.

На ЭхоКГ регистрируется диффузная гипокинезия миокарда левого желудочка, фракция выброса 40 % по Симпсону, повышение давления в легочной артерии до 62 мм рт. ст.

Ангиография выявлены окклюзии брахиоцефального ствола, левой подключичной артерии, обеих общих сонных артерий; инфраренальный отдел брюшной аорты резко гипоплазирован, стенозы до 50–60 % до бифуркации аорты, в чревном стволе приустьевой стеноз 50 %; стенозы правой почечной, легочной артерий с выраженной легочной гипертензией.

УЗДГ сосудов: обнаружен стеноз почечных артерий более 60 % и чревного ствола 30–60 %.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).
7. Назовите рекомендации пациенту и его родственникам по укреплению здоровья (ПК-9).

Ситуационная задача № 8.

Пациент М., 52 лет, был госпитализирован в ревматологическое отделение ОКБ. **Анамнез заболевания.** Пациент считает себя больным с середины августа 2015 г.,

когда он был госпитализирован ввиду эпизода потери сознания на фоне повышения температуры тела до 39 °С. При поступлении в неврологическое отделение был установлен предварительный диагноз: «Менингоэнцефалит смешанного генеза». После проведенного комплексного лечения пациент был выписан с наличием положительной динамики. Спустя 2 нед больной был вновь госпитализирован в терапевтическое отделение по поводу появления интенсивного кашля с гнойной мокротой, одышки, а также нарушения зрения.

При поступлении была заподозрена деструктивная пневмония на фоне хронического левостороннего гнойного гемисинусита. В неврологическом статусе выявлен неполный птоз, расширение зрачка и отклонение левого глазного яблока кнаружи. Оториноларингологом были выполнены фронтотомия, гайморотомия с эндоназальным вскрытием и чрессинусовая этмоидотомия.

Результаты обследования.

При исследовании мочи каких-либо изменений не выявлено, креатинин плазмы 65,6 мкмоль / л. УЗИ почек – без особенностей.

МРТ головного мозга: признаки кистозных изменений левой лобной доли в сочетании с левосторонним гнойным гемисинуситом.

При повторной **МРТ** головного мозга зарегистрировано нарастание объема поражения с вовлечением височных долей, формирование кист и крупных псевдоинсульных полостей, а также появление интраорбитальной гранулемы.

КТ легких: крупные консолидирующие очаги инфильтрации диаметром от 8 до 62 мм, преимущественно субплевральные, и множественные полости распада.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).
7. Назовите рекомендации пациенту и его родственникам по укреплению здоровья (ПК-9).

Ситуационная задача № 9.

Пациентка З., 30 лет. Больная поступила в неврологическую клинику в мае 2014 года с жалобами на приступы головокружения, общую слабость.

Семейный анамнез и анамнез жизни без особенностей. До 2014 года считала себя здоровой, за медицинской помощью не обращалась. Заболела остро в мае 2014 года, когда на фоне полного здоровья возник эпизод потери сознания длительностью до нескольких минут, после чего пациентка стала отмечать слабость в левой руке, нарушилась речь. Описанные симптомы сохранялись около трех часов и в последующем полностью регрессировали. На протяжении следующих двух недель пациентку беспокоили общая слабость, периодические головокружения несистемного характера.

При поступлении. Физикальное обследование патологии не выявило. Температура тела 37,3°С. В неврологическом статусе: сознание ясное, когнитивные функции не нарушены. Черепные нервы – девиация языка вправо. Гемигипестезия слева. Мышечная сила в конечностях достаточная. Сухожильные рефлексы симметричные, положительные рефлексы орального автоматизма – хоботковый, назолабиальный рефлекс, Маринеску—Радовича. Выявляется легкая сенситивная атаксия в позе Ромберга, координаторные пробы выполняет с промахиванием и интенционным тремором с обеих сторон.

Результаты обследования.

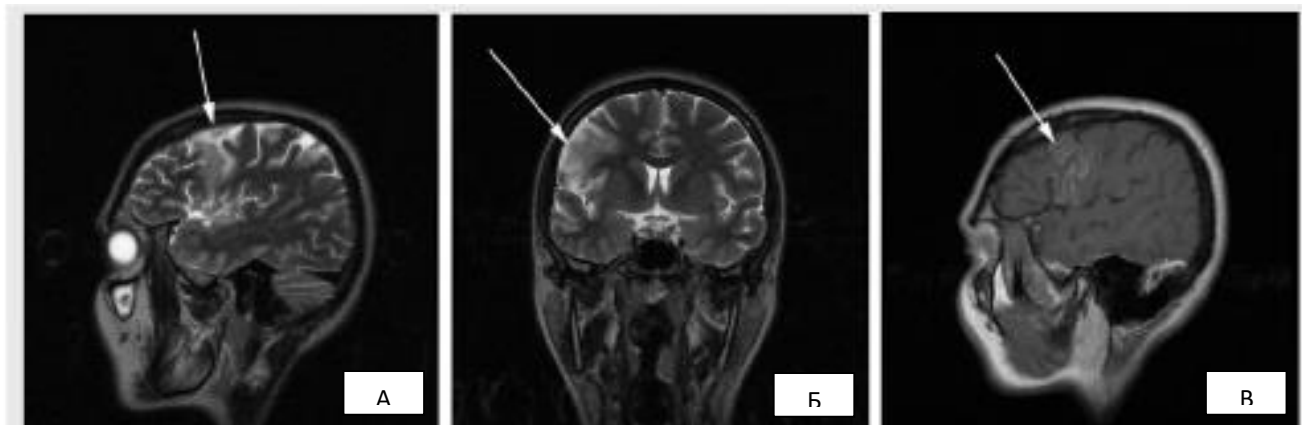
МРТ головного мозга: на серии МР-томограмм в условиях контрастного усиления в лобно-теменной области справа определялся участок измененного МР-сигнала (гиперинтенсивный по T2 и T2-Flair, DWI) [рис. А, Б]. Суммарные размеры патологической зоны – 49 мм x 24 мм x 27 мм. Мелкие участки гиперинтенсивного по T1 ВИ сигнала определялись в области островка, задних отделах теменной доли [рис. В]. После введения контрастного вещества участки усиления сигнала в патологической зоне не определяются. МР-картина соответствовала ишемическим изменениям в лобно-теменной области справа, вероятно, вторичного характера, с признаками геморрагического пропитывания.

МР- ангиография: незначительное снижение кровотока по периферическим ветвям в бассейне правой средней мозговой артерии.

Результаты лабораторных исследований: С-реактивного белок 24,70 мг/л (реферсный интервал 0–5 мг/л), диспротеинемии.

Обнаружены LE-клетки (1%); антитела к фосфолипидам класса М (1,97 Ед/мл, норма <10 Ед/мл), антитела к фосфолипидам класса G (0,34 Ед/мл, норма <10 Ед/мл); антинуклеарные антитела (ANCA) (положительные).

Анализ на антитела к фосфолипидам, волчаночный антикоагулянт дал отрицательный результат.



Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).
7. Назовите рекомендации пациенту и его родственникам по укреплению здоровья (ПК-9).

Ситуационная задача № 10.

Мальчик, 3,5 года, рожденный на 40-й неделе гестации от здоровых родителей (масса тела при рождении 3124 г, длина тела 51 см).

Анамнез заболевания. При неонатальном скрининге выявлен врожденный гипотиреоз, в связи с чем пациент с 10-го дня жизни получает заместительную терапию препаратами левотироксина натрия. Признаков респираторного дистресс-синдрома не отмечалось. С первых месяцев жизни у пациента выявлена мышечная гипотония, задержка моторного развития (ходит с поддержкой с 2 лет) при нормальном психическом развитии. В возрасте 15 мес появились гиперкинезы ног.

При обследовании в возрасте 3 года 5 мес: рост — 102 см (SDS = +0,98), масса тела — 15 кг (SDS ИМТ = -1,23), кожные покровы умеренной влажности, бледно-розового цвета, ЧСС — 84 уд/мин, дыхание везикулярное, хрипов нет, область шеи

визуально не изменена, пальпаторно щитовидная железа не определяется. Обращает на себя внимание общая мышечная гипотония при спонтанных гиперкинезах ног.

Результаты обследования.

По данным ультразвуковой диагностики, щитовидная железа расположена в типичном месте, гипоэхогенна.

ТТГ по скринингу новорожденного — 196 мМЕ/л, по ретесту — 233 мМЕ/л.

На фоне лечения левотироксином (50 мкг/сут) уровень ТТГ — 0,95 мМЕ/л.

При пробной двухнедельной отмене заместительной терапии препаратами левотироксина в возрасте 3 лет выявлено нарастание уровня ТТГ до 100 мМЕ/л.

При молекулярно-генетическом исследовании на панели генов «гипотиреоз» выявлена гетерозиготная мутация в гене NKX2-1: с.628_772del (делеция 144 нуклеотидов в экзоне 3).

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).
7. Назовите рекомендации пациенту и его родственникам по укреплению здоровья (ПК-9).

Ситуационная задача № 11.

Больная З. 43 лет поступила в реанимационное отделение 2015 г. с генерализованной мышечной слабостью (до пlegии), кахексией, запорами, гипертоническими кризами, тахикардией, бессонницей, галлюцинациями, выраженным болевым синдромом в верхних и нижних конечностях, анурией, тошнотой, болями в пояснице, сухим приступообразным кашлем.

Из анамнеза: с 15 лет отмечала периодически появление эрозий на открытых участках кожи, оставляющие после себя бурую пигментацию. С сентября 2011 г. наблюдалась гастроэнтерологом с диагнозом «Болезнь Крона». Периодически, нерегулярно, курсами по 2–3 мес. с длительными перерывами принимала сульфасалазин. В мае 2012 г. на голених и плечах появились длительно мокнущие язвы. Проводилось лечение в условиях хирургического отделения ЦРБ по месту жительства. Язвы медленно заживали, оставляли после себя рубцы и стойкую бурую гиперпигментацию. Рецидивы язвенных поражений наблюдались в сентябре 2013 г. и в феврале 2015 г. В начале июня 2015 г. появились выраженные боли в животе, длительные запоры. Госпитализирована в терапевтическое отделение ЦРБ с «обострением болезни Крона». Проводилось консервативное лечение, неоднократно переводилась в хирургическое отделение с подозрением «острый живот». Несмотря на терапию, самочувствие и состояние не улучшалось. 10.06.2015 г. боли в животе значительно усилились, диагностирована острая кишечная непроходимость, выполнена резекция подвздошной кишки. Послеоперационный период протекал без осложнений, была выписана на 7-й день в удовлетворительном состоянии с хорошим самочувствием. В августе 2015 г. госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение для подбора базовой терапии болезни Крона. С 02.08.2015 г. начала прием сульфасалазина, выписана на амбулаторное лечение. 06.08.2015 г. развился гипертонический криз (АД до 160/100 мм рт. ст.), появились тахикардия, слабость в нижних конечностях, запоры, выраженные боли в животе. Вновь госпитализирована в хирургическое отделение ЦРБ по месту жительства с клиникой острого живота. Кишечная непроходимость разрешилась консервативно, но появились общая выраженная слабость, прогрессирующая мышечная слабость до стадии пlegии, когнитивные расстройства, галлюцинации, бессонница, снижение веса до

кахексии. Интенсивная терапия без эффекта. По санавиации консультирована гастроэнтерологом, неврологом и реаниматологом.

При поступлении: состояние тяжелое, С учетом ярко представленной клиники периферических нарушений чувствительности обследована на уропорфирины в моче, реакция – положительная. Выраженное снижение мышечного тонуса, силы мышц конечностей до 2-3 баллов. Бульбарные расстройства не выявлены. Кожные покровы бледные, множественные рубцы и очаги бурой гиперпигментации на лице, зоне декольте, предплечьях, голених, пролежень крестцовой области. Кахексия – вес 35 кг, индекс массы тела – 13,7). Аускультативно в легких патологии не выявлено. Тоны сердца приглушены, ритмичные, тахикардия до 140 ударов в минуту, АД 140/100 мм рт. ст. Живот мягкий, диффузно болезненный во всех отделах без симптомов раздражения брюшины.

По данным обследования: анемия (Hb 83г/л), электролитные нарушения натрий – 132 ммоль/л, калий – 2,8 ммоль/л, магний – 0,63 ммоль/л, железо – 3,4 мкмоль/л, кальций – 1,89 ммоль/л). В сыворотке крови: мочевины – 9,3 ммоль/л, креатинин – 119 мкмоль/л, мочевая кислота – 537 мкмоль/л.

Скорость клубочковой фильтрации – 54 мл/мин.

Трансаминазы (АсАт – 54 Е/л, АлАт – 67 Е/л, гамма-глутамилтрансфераза – 57 Е/л), общий белок (51 г/л), протромбиновый индекс (54 %), фибриноген (1,9 г/л). Порфирины в моче: общие порфирины в суточной моче – 1,93 мг/л (норма 0–0,15 мг/мл), порфириноген в разовой моче – 13 мг/л (норма 0–2 мг/л), дельта-аминолевулиновая кислота – 16,7 мг/л (норма 0,1–4,5 мг/л).

Задание:

1. Сформулируйте диагноз (УК-1, УК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
5. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
6. Составьте план организационных мероприятий (ПК-10).
7. Назовите рекомендации пациенту и его родственникам по укреплению здоровья (ПК-9).

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Ивановская государственная медицинская академия»
Институт последипломного образования

Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины

Оценочные средства и методические материалы для проведения промежуточной
аттестации по дисциплине
«Гериатрия»

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - невролог
Направление подготовки:	31.08.42 Неврология
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ОД.3

1. Паспорт ОС по дисциплине «Гериатрия»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	2 год обучения
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	2 год обучения
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы логики - философские диалектические принципы - методологию диагноза <p>Умеет:</p> <p>Клинически мыслить</p> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением - способностью к анализу и синтезу 	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет 2 год обучения
2.	ПК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> – вопросы развития, нормальной анатомии и гистологии центральной и периферической нервной системы у детей и взрослых – физиологические основы функционирования головного и спинного мозга у детей и взрослых 		

		<p>– вопросы анатомии и физиологии ликворной системы</p> <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить самостоятельный прием неврологических больных в поликлинике <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основными принципами профилактики функциональных нарушений нервной системы 		
3.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - виды функциональных и клинических исследования нервной системы у детей и взрослых, применяемые на современном этапе - симптомы и синдромы поражения различных отделов нервной системы, - вопросы ранней диагностики и дифференциальной диагностики неврологических заболеваний - современную систему диагностики заболеваний и травм нервной системы, включающую клинические методы, лабораторную, инструментальную, нейрофизиологическую, ультразвуковую и рентгено-радиологическую диагностику - классификацию и клинические особенности врождённых аномалий центральной нервной системы <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильно интерпретировать результаты инструментальных исследований (ультразвукового, рентгеновского: магнитно-резонансной и компьютерной томографии, ангиографического исследования), - выявлять основные жалобы, проводить обследование и дифференциальную диагностику при сосудистых, опухолевых, воспалительных и паразитарных заболеваниях нервной системы, эссенциальной эпилепсии и эпилептических синдромах, травмах нервной системы, дегенеративных поражениях позвоночника. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - комплексом методов стандартного неврологического обследования, - методами лечебно-диагностических пункций и малоинвазивных хирургических вмешательств. 		
4.	ПК-8	<p>Знает:</p>		

	<p>- <i>вопросы медико-социальной реабилитации при патологии нервной системы</i></p> <p>Умеет:</p> <p>- <i>организовывать лечебно-диагностическую работу по неврологии в условиях поликлиники и стационара</i></p> <p>Владеет:</p> <p>- <i>основными принципами лечения, включая восстановительное лечение, при нейроонкологии, сосудистых заболеваниях центральной нервной системы, травмах нервной системы воспалительных и паразитарных заболеваниях, эпилептических синдромах, дегенеративных заболеваниях позвоночника.</i></p>		
--	--	--	--

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено» и «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	<p>Умеет:</p> <p>абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p> <p>Владеет:</p> <p>абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</p>	<p>Умеет</p> <p><u>Не может провести</u> анализ предложенных случаев и сделать выводы</p>
ПК-1	<p>Умеет:</p> <p><i>осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование</i></p>	<p>Умеет</p> <p><u>Не способен осуществлять</u> комплекс мероприятий, направленных на сохранение</p>

	<p>здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p>Владеет: осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>
ПК-5	<p>Умеет: определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>Владеет: определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>
ПК-8	<p>Умеет: применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p> <p>Владеет: применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-8

1. **Возрастной период «пожилой возраст»**
 - 1) 60-74 года
 - 2) 50-65 лет
 - 3) 75-85 лет
 - 4) старше 90 лет
2. **Возрастной период «старческий возраст»**
 - 1) 75 лет и старше
 - 2) старше 90 лет
 - 3) 70-75 лет
3. **Геронтология – это:**
 - 1) наука о старении
 - 2) наука о биологических процессах в старческом организме
 - 3) наука об апоптозе и репарации
4. **Разделы геронтологии:**
 - 1) все перечисленное верно
 - 2) биология старения
 - 3) гериатрия
 - 4) социальная геронтология
5. **Ведущая гипотеза о механизмах старения:**
 - 1) аутоинтоксикационная теория
 - 2) изменения функции нервной системы
 - 3) возрастные изменения соединительной ткани
 - 4) затухающие самообновления протоплазмы
 - 5) адаптационная - регуляторная теория - синтетическая
6. **Процесс, стабилизирующий жизнедеятельность организма:**
 - 1) витаукт
 - 2) ремоделирование
 - 3) репозиция
 - 4) реконструкция
 - 5) витаминизация
 - 6) омоложение
7. **Продолжительность жизни индивидуума определяет взаимосвязь:**
 - 1) старение и витаукт
 - 2) образа жизни и питания
 - 3) оптимизма и благоприятных условий труда и быта
 - 4) качественным лечением хронических заболеваний и питанием
 - 5) качеством жизни и регулярностью ЛФК
8. **К биомаркерам старения относят:**
 - 1) все перечисленное верно
 - 2) диастолическое артериальное давление и систолическое артериальное давление
 - 3) скорость пульсовой волны

- 4) жизненная ёмкость лёгких, время задержки дыхания
- 5) слуховой порог
- 6) балансировка, вес
- 7) самооценка здоровья
- 8) тест Векслера
- 9) тест Шульте
- 10) сила кисти
- 11) анамнез

9. Преждевременное старение – это:

- 1) ранее развитие возрастных изменений или их выраженность в зависимости от возраста
- 2) перенесенные инфаркты, инсульты
- 3) дислипидемия или сахарный диабет
- 4) последственность возрастных изменений

10. Особенности питания пожилых:

- 1) b, c, d – верно
- 2) растительные жиры 1/3 суточная рациона и больше
- 3) белка – 1г/кг массы тела
- 4) растительно-молочная диета
- 5) увеличение сахара
- 6) увеличение потребления белка (больше 1г/кг массы тела)

11. Заболевания лиц пожилого и старческого возраста изучает:

- 1) геронтология
- 2) гериатрия
- 3) герогигиена

12. Наличие двух и более заболеваний у пациента — это:

- 1) полипрагмазия
- 2) полиморбидность
- 3) полиэтиологичность
- 4) атипичность

13. Одновременное назначение нескольких лекарственных препаратов — это:

- 1) полипрагмазия
- 2) полиморбидность
- 3) полиэтиологичность
- 4) полиморфность

14. При бессоннице лицам пожилого и старческого возраста рекомендуют

- 1) настой пустырника
- 2) бромиды
- 3) барбитал
- 4) фенобарбитал

15. К развитию пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста предрасполагает

- 1) переутомление
- 2) перегревание
- 3) постельный режим
- 4) стрессы

16. Причина снижения интенсивности боли при инфаркте миокарда у лиц пожилого и старческого возраста

- 1) усиление воспалительной реакции
- 2) ослабление воспалительной реакции
- 3) повышение порога болевой чувствительности
- 4) снижение порога болевой чувствительности

17. Ведущая причина артериальной гипертензии у лиц пожилого и старческого возраста

- 1) атеросклероз
- 2) болезнь Иценко-Кушинга
- 3) хронический пиелонефрит
- 4) феохромоцитома

18. В возникновении язвенной болезни в пожилом возрасте наибольшее значение имеет

- 1) генетическая предрасположенность
- 2) нарушение микроциркуляции в стенке желудка
- 3) повышение кислотности желудочного сока
- 4) психоэмоциональные перегрузки

19. Задержка мочеиспускания у лиц пожилого и старческого возраста часто связана с

- 1) острым гломерулонефритом
- 2) острым пиелонефритом
- 3) острым циститом
- 4) аденомой предстательной железы

20. Заболевание, встречающееся преимущественно у лиц пожилого и старческого возраста

- 1) гемофилия
- 2) болезнь Шенлейна-Геноха
- 3) железодефицитная анемия
- 4) хронический лимфолейкоз

21. Заболевание, характеризующееся повышенной ломкостью костей из-за снижения содержания в них кальция

- 1) артроз
- 2) ревматоидный артрит
- 3) остеохондроз
- 4) остеопороз

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

Пациент С., 63 года. Жалобы на острые боли в пояснице, больше слева, усиливаются при ходьбе и стоянии, с иррадиацией в левую ногу по задней поверхности до уровня колена.

Anamnesis morbi: боли в пояснице периодически беспокоят около 15 лет, но ранее за медицинской помощью не обращался, самостоятельно использовал мази с НПВС, боли купировались. Текущее обострение длится примерно неделю. Вместе с болями в пояснице появилась иррадиация в левую ногу, что вызвало затруднение в ходьбе. Обратился за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства, направлен на стационарное лечение.

Anamnesis vitae: образование среднее специальное, работает токарем. Живёт с семьей. туберкулёз, ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты отрицает. Перенесённые заболевания: простудные. Травмы: перелом лучевой кости в 2000г. Операции: аппендэктомия в 2006г. Курит по пачке сигарет в день примерно с 20 лет. Алкоголем периодически злоупотребляет. Аллергии: отрицает. Наследственность: неотягощена.

Объективные данные: состояние удовлетворительное. Кожные покровы без патологии. Температура тела 36.7⁰С. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, преимущественно на животе. ИМТ – 27.4 кг/м² (рост 176см, масса – 85кг). В лёгких дыхание везикулярное. ЧДД 18/мин. Тоны сердца звучные, ритмичные. АД 130/80 мм рт.ст. ЧСС 84/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень не пальпируется.

Неврологический статус:

ЧМН: обоняние сохранено, зрачки D=S, фотореакции сохранены, движения глазных яблок в полном объёме, конвергенция сохранена Чувствительность на лице сохранена. Носогубные складки D=S. Слух – норма. Нистагма нет. Глотание и фонация сохранены. Язык по средней линии.

Двигательная сфера: снижение силы до 4 баллов в разгибателях большого пальца левой стопы, в остальных группах сила мышц 5 баллов. Тонус мышц не изменён. Сухожильные рефлексы: в руках D=S, коленные D=S, Ахилловы – D>S. Брюшные рефлексы abs. Патологических рефлексов нет.

Чувствительная сфера – зона гипестезии по ходу корешка L5 слева. Болезненность на уровне L5-S1, больше слева. Выраженное мышечное напряжение на том же уровне.

Симптомы натяжения: положительный симптом Ласега слева с угла 40°.

Координаторная сфера: в позе Ромберга устойчив.

Менингеальные симптомы отрицательные. Эмоциональный фон снижен.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 2

Больная А., 67 лет на приеме у невролога предъявляет жалобы на чувство жара, эпизодические головные боли давящего характера, нарушение памяти, концентрации внимания (недавно села не на тот автобус), на слабость, быструю утомляемость и раздражительность. Из анамнеза известно, что много лет страдает сахарным диабетом 2 типа, принимает метформин.

В общем статусе: Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, сухая. ЧДД 14 в минуту. Перкуторно в легких ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 68 удара в минуту. АД 128/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул со склонностью к запорам, мочеиспускание в норме.

В неврологическом статусе:

Черепно-мозговые нервы: Обоняние сохранено. Поля зрения по Дондерсу- норма. Зрачки S=D. Фотореакции умеренные. Движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Конвергенция умеренная. Чувствительных нарушений на лице не выявлено. Носогубные складки S=D.

Глотание не нарушено. Фоная сохранена. Мягкое небо подвижно, глоточный рефлекс сохранен. Язык по прямой линии.

Двигательная сфера: движения в конечностях сохранены в полном объеме. Тонус мышц диффузно снижен. Сила мышц в конечностях удовлетворительная. Фибриллярных и фасцикулярных мышечных подергиваний - нет. Гиперкинезов нет.

Рефлекторная сфера: Сухожильные рефлексы с рук и ног симметричные, живые. Патологических рефлексов не выявлено.

Чувствительная сфера: чувствительных нарушений не выявлено.

Координаторно-статическая сфера: ПНП, ПКП выполняет неуверенно. В позе Ромберга легкое пошатывание.

Наличие эпилептических припадков отрицает. Менингеальных знаков нет. Функция тазовых органов не нарушена. Симптомы натяжения отрицательные.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 3.

Пациентка М., 70 лет, обратилась с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость при физической и умственной нагрузке, редкие головные боли давящего характера, несистемное головокружение, пошатывание при ходьбе (больше влево), снижение фона настроения.

Указанные жалобы появились исподволь, без видимой причины и за последний год, со слов пациентки, усиливаются по выраженности. В анамнезе длительная неконтролируемая артериальная гипертензия (АГ) с повышением АД до 180/110 мм рт. ст., обычное для больной АД 160-150/100-90. В течение последних 5 лет страдает сахарным диабетом, который в настоящее время находится в

состоянии субкомпенсации.

При осмотре: черепно-мозговая иннервация интактна, за исключением рефлексов орального автоматизма, легкая гипомимия. Парезов нет. Мышечный тонус незначительно повышен по пластическому типу, но без феномена «зубчатого колеса», больше в левых конечностях.

Координаторные пробы выполняет удовлетворительно, но в пробе на диадохокинез выявляется отставание левой руки. Походка: обращает на себя внимание небольшое отставание левой ноги при ходьбе. Нейропсихологическое тестирование: MMSE – 27 баллов Часы нарисовала правильно.

Обращает на себя внимание медленное выполнение нейропсихологических проб.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).

2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 4.

Мужчина 67 лет,

Жалобы при поступлении: нарушение речи, слабость в правых конечностях

Anamnesis morbi (Анамнез заболевания)

Гипертоническая болезнь несколько лет с максимальным повышением АД до 160 и 100 мм.рт.ст., принимал гипотензивные препараты.

Anamnesis vitae (Анамнез жизни)

Образование среднее. Пенсионер, работает сторожем. Служил в армии. Наследственность не отягощена

Общий статус

Состояние: средней тяжести. Сознание: ясное. Кожные покровы и видимые слизистые: оболочки бледно-розового цвета.

Пульс: 76 уд. в мин. АД: 160/80 мм. рт. ст. Тоны сердца: ясные. ЧД: 18 в мин.

Органы дыхания: При аускультации в легких дыхание везикулярное, хрипов нет

Язык: влажный, не обложен. Живот: не вздут, мягкий, безболезненный

Перитонеальная симптоматика: отсутствует. Стул: оформленный Мочеиспускание: свободно. Симптом

Пастернацкого: отрицательный с обеих сторон

Другие данные общего осмотра: Лицо асимметричное, центральный парез VII и XII справа.

Правосторонний гемипарез

Проведенные исследования:

1) **Лабораторные данные**

Эритроциты 2,3 (4,3-29,0)

Кровь на ген JAK 2 -мутация гетерозигота

Коагулограмма: АЧТВ 39,6, ПТИ 88, МНО 1,09, фибриноген 2,65

ОАК: Эритроциты 6,25, Гемоглобин 168, Лейкоциты 10,5., Тромбоциты 584, СОЭ 2, п 2, с 84, м 4, э3, б 1, п 6.

БАК: о.белок 70,9, глюкоза 5,34, мочевины 5,10, креатинин 94, о.билирубин 7,9, прямой билирубин 1,4.

калий 4,9, натрий 138, кальций общий 2,28, хлор 104, алат 27, асат 27,5, ЛДГ 303, КФК 197, холестерин 3,7, триглицериды 2,12 ОАМ: св/желтая, прозрачная, 1014, кисла, белок не обнаружен, глюкоза не обнаружена.

Кровь на RW отриц.

2) **КТ головного мозга**

ОНМК по ишемическому типу в бассейне левой СМА. Комбинированная гидроцефалия

3) **Рентгенография органов грудной клетки**

Без инфильтративных изменений

4) **УЗИ селезенки, почек, надпочечников**

Размеры 159,5*65 мм, S =100. Контуры ровные, структура однородная. Селезеночная вена в области ворот d 6мм. Заключение спленомегалия. УЗИ почек, надпочечников без патологии

5) **ЦДК БЦС**

Нестенозирующий атеросклероз магистральных артерий шеи. Нарушений гемодинамики в экстракраниальном отделе сонных артерий не выявлено. Деформация магистральных артерий шеи,

вероятно, как проявление гипертонической макроангиопатии. Снижение кровотока по правой ВСА и правой ПА. Доминирующая левая ПА.

б) ЭКГ

синусовый ритм, ЭОС расположена горизонтально

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 5.

Больной А., 64 года, пенсионер. Жалуется на приступы судорожных подергиваний правой руки, начавшиеся около 4 месяцев назад и повторяющиеся 2-3 раза в месяц.

В течение последней недели приступы развивались ежедневно, трижды во время приступа больной терял сознание, отмечались генерализованные тонико-клонические судороги. Беспокоит также головная боль с рвотой, головокружение несистемного характера. После приступа, который длится 2-3 минуты, отмечается слабость в правой руке, затруднение речи. Все эти явления регрессируют через 2-3 часа.

Из анамнеза известно, что пациент 4 месяца назад перенес ОНМК по ишемическому типу в бассейне левой ВСА, атеротромботический вариант. Атеросклероз церебральных артерий. Окклюзия левой ВСА 70%. Длительно страдает гипертонической болезнью, нерегулярно употребляет антигипертензивные препараты, курит.

Неврологический статус: Запахи различает. Поля зрения не изменены. Зрачки D=S, фотореакции живые; реакция на конвергенцию ослаблена; объем движения глазных яблок полный.

Чувствительность на лице сохранена; болезненности точек выхода тройничного нерва не определяется. Носогубные складки D<S. Нистагма нет. Глотание, фонация не нарушены; мягкое небо подвижно; глоточный рефлекс живой, вкус сохранен. Девиация языка вправо. Объем активных движений полный. Повышение мышечного тонуса по пирамидному типу (спастическому) в правых конечностях. Снижение мышечной силы в правых конечностях до 4б.

Амиотрофии не определяются. Фибриллярные и фасцикулярные подергивания не определяются. Сухожильные рефлексы с рук D>S, с ног D>S. Брюшные рефлексы abs. Подошвенные рефлексы D>S, выявляются справа патологические рефлексы: верхний и нижний Россолимо, Бабинского, Оппенгейма. Чувствительность сохранена. Гиперкинезы не определяются. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Функции тазовых органов не нарушены.

Данные доп. Методом обследования:

1. Глазное дно без патологии.
2. На ЭЭГ – эпилептиформной активности не обнаружено.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 6.

Пациентка: женщина, 87 лет. Предъявляет жалобы на слабость и онемение левой верхней конечности в течение последних двух дней. Со слов сына, ее левая половина лица "обвисла".

Анамнез заболевания: медикаментозное лечение не получала, отсутствие подтвержденной документально истории болезни.

Данные объективного обследования:

Выполнена КТ головы без контрастирования (из отделения неотложной помощи) – региональная гиподенсуация в правой височной доле, исходящая из коры головного мозга в белом веществе - потеря дифференцировки серого/белого вещества - стертость борозд правой височной и теменной долей (из-за ишемии и возникшего отека) -некоторые хронические микрососудистые ишемические заболевания перивентрикулярного белого вещества - желудочки и цистерны сохранены, внутричерепное кровоизлияние

или новообразования отсутствуют - вероятно, присутствует инфаркт неизвестного времени возникновения (подострый и острый) – рекомендовано МРТ.

МРТ головного мозга (из отделения неотложной помощи) – аксиальная проекция, диффузно-взвешенное изображение - повышенный сигнал в правой задней теменной доле - ограниченная диффузия – карта измеряемого коэффициента диффузии - соответствующий пониженный сигнал соответствует острому инсульту в правой задней теменной доле.

Ультрасонография сонных артерий - гиперэхогенные кальцинированные бляшки в правом каротидном синусе и в проксимальном отделе внутренней сонной артерии с 50-69% стенозом с повышенной скоростью во внутренней сонной артерии - гемодинамически незначительный стеноз в левом каротидном синусе.

Трансторакальная эхокардиография (нет снимков) – нормальные размеры и функционирование левого и правого желудочков – отрицательная эхокардиограмма с контрастным веществом.

КТ – ангиография с контрастированием (сагиттальная проекция) - крупные кальцифицированные бляшки в правой каротидной бифуркации и проксимальном отделе внутренней сонной артерии - гемодинамически значимый стеноз 64%.

КТ головы без контраста (после ухудшения левосторонней слабости и потери чувствительности) – участок пониженной плотности в правой височной доле - два новых очага кальцификации в правой сильвиевой щели, которые не обнаруживались на предыдущих исследованиях, вероятно, представляют собой дальнейшую острую тромбоэмболию - более заметные желудочки и цистерны - нет внутричерепного кровоизлияния или масс-эффекта.

МРТ головного мозга (после ухудшения левосторонней слабости и потери чувствительности) – диффузно-взвешенное изображение – увеличение интервала в размере сигнала в правой височной и теменной области – на карте измеряемого коэффициента диффузии есть соответствующее уменьшение сигнала.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 7.

Большая В., 70 лет на приеме у участкового терапевта предъявляет жалобы на слабость и боли в кистях и предплечьях, стопах и голенях, онемение в них, возникшие постепенно. Из анамнеза известно, что много лет страдает сахарным диабетом, сахароснижающие препараты принимает не постоянно.

В общем статусе: Состояние удовлетворительное. Кожа кистей и стоп сухая, истонченная, ногти ломкие, тусклые. ЧДД 17 в минуту. Перкуторно в легких ясный легочный звук. Дыхание везикулярное. Пульс 72 удара в минуту. АД 138/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул, мочеиспускание в норме.

В неврологическом статусе:

Черепно-мозговые нервы: Обоняние сохранено. Поля зрения по Дондерсу- норма. Зрачки S=D. Фотореакции умеренные. Движения глазных яблок в полном объеме. Конвергенция умеренная. Чувствительных нарушений на лице не выявлено. Носогубные складки S=D. Ng нет.

Глотание не нарушено. Фонация сохранена. Мягкое небо подвижно, глоточный рефлекс сохранен. Язык по прямой линии.

Двигательная сфера: движения в конечностях сохранены в полном объеме. Тонус мышц – легкая гипотония кистей, мышц стоп. Атрофия мышц кистей и стоп. Сила мышц в конечностях — дистально до 3 баллов в руках и ногах, проксимально 4 баллов. Фибриллярных и фасцикулярных мышечных подергиваний - нет. Гиперкинезов нет.

Рефлекторная сфера: Глубокие рефлексы: m.bicipitis S=D, m.tricipitis S=D, живые, m.carporadialis abs, коленные рефлексы S=D, снижены, ахилловы рефлексы abs. Брюшные рефлексы D=S, снижены. Подошвенные рефлексы abs. Патологических рефлексов не выявлено.

Чувствительная сфера: гипестезия в дистальных отделах конечностей.

Координаторно-статическая сфера: ПНП, ПКП выполняет неуверенно. В позе Ромберга пошатывание.

Наличие эпилептических припадков отрицает. Менингеальных знаков нет. Функция тазовых органов не нарушена. Симптомы натяжения отрицательные.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 8.

Пациент Н. 72 года обратился с жалобами на дрожание в руках, больше справа, дрожание в ногах, нарушение походки, затруднение движений, скованность в руках и ногах, нарушение сна, нарушение обоняния.

Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появилась дрожь в правой руке, затем дрожание распространилось на правую ногу, а потом и на левые конечности, тогда же появилась скованность в руках и ногах, дрожание головы. За медицинской помощью не обращался.

Ухудшение своего состояния отмечает в течение последнего месяца, усилился тремор, скованность, возникла трудность при засыпании, стал отмечать запоры.

В анамнезе: длительное время страдает гипертонической болезнью.

При осмотре:

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Положение активное. Дыхание везикулярное. ЧД 18 в мин. Тоны сердца звучные. АД 140/90 мм.рт.ст. Пульс 78 уд. в мин, ритмичный. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена.

В неврологическом статусе: зрачки D=S, конвергенция ослаблена, фотореакции живые, движения глазных яблок в полном объеме, чувствительность на лице сохранена, носогубные складки симметричны. Нистагма нет. Глотание, фонация сохранены, глоточный рефлекс удовлетворительный. Язык по средней линии. Объем активных движений не ограничен. Тонус повышен по экстрапирамидному типу. Сила мышц 5 баллов. Сухожильные рефлексы с рук, ног D=S, удовлетворительные. Ахилловы, брюшные рефлексы abs. ПНП, ПКП выполняет с незначительной атаксией. Походка шаркающая, мелкими шагами. Пропульсия, ретропульсия. Чувствительность сохранена. Менингеальных симптомов нет.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 9.

Пациентка Н., 1951 г.р., проходила лечение в геронтологическом отделении с жалобами на головокружения, шум в голове, физическую слабость, плохой сон, сниженную способность справляться с домашними делами. В отделении быстро адаптировалась, с персоналом и другими пациентами была контактна, доброжелательна, но часто настроение менялось, была плаксива, затруднялась объяснить причину такого состояния, плохо засыпала, сон был поверхностным, с пробуждениями.

Анамнез жизни: Родилась младшей из четверых детей в полной семье. В раннем развитии не отставала. Посещала ДДУ, адаптировалась нормально. В школу пошла своевременно, окончила 8 классов общеобразовательной школы, затем техникум по специальности технолог швейного производства. Всю жизнь работала швеей. На пенсии с 55 лет. Замужем с 21 года, живет с мужем, от брака двое детей, отношения в семье ровные. С подросткового периода плохо переносит жару, душные помещения – теряет сознание, укачивает в транспорте. Тяжелые соматические заболевания, травмы, операции, ЧМТ отрицает. Курение, употребление алкоголя и наркотических веществ отрицает.

Анамнез заболевания: Последние 2 месяца без видимой причины усилились головокружения, появилась апатия, слабость, нарушился сон, перестала справляться с домашними делами. Ранее

проходила стационарное лечение в терапевтическом отделении, выписана с диагнозом: Гипертоническая болезнь 3 ст. ГЛЖ. Р4. ХСН1. ФК2.

Соматическое состояние: невысокого роста, удовлетворительного питания (58кг), правильного телосложения. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Сердечные тоны приглушены, АД 100/70 мм.рт.ст, пульс 74 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, б/б. Физиологические отправления в норме.

Результаты дополнительных методов исследования:

ОАК: Эр.- 4,0 Т/л, Нв-122 г/л, ЦП-0,91. Гематокрит 32,7%, тромбоциты-332. Лейк-6,3, Э-3%, П-1%, С-67%, Л-23%, М-6% г/л. СОЭ-18 мм/час.

Биохимический анализ крови: глюкоза-5,2 ммоль/л, билирубин общий 12,7 мкмоль/л, прям-2,5 мкмоль/л; мочевины-3,4 ммоль/л, креатинин-70 мкмоль/л. Общий белок-78 г/л

Уровень витамина Д – 15 нг/ммоль.

ОАМ: уд.вес-1,015, св.желт., щелочная р-я, белок отр., сахар отр. эп.пл. 1-2., лейкоц.0-2 в п/з.

ЭКГ: ритм синусовый, регулярный с ЧСС 76 уд/мин. ЭОС не отклонена.

ЭХО ЭГ: Срединный комплекс не уширен. Смещения срединного комплекса не регистрируется.

Дополнительных ЭХО-сигналов нет, пульсация ЭХО-сигналов не изменена.

РГ ОГК: без патологии.

РГ черепа: турецкое седло в пределах нормы. Тени сосудов сужены. Кости свода черепа без патологии.

Консультация психиатра: Психическое состояние: Сознание не помрачено, контактна. Ориентирована всесторонне верно. Во время осмотра моторно спокойна, на вопросы отвечает подробно, анамнестические сведения сообщает в достаточном объеме, последовательно, иногда сбиваясь на описание несущественных событий. Внешне достаточно опрятна, взоровый контакт поддерживает. Походка неустойчива, медленная. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не обнаруживает. Мышление по темпу не изменено, обстоятельное, логически не нарушено. Эмоционально лабильна, фиксирована на своих переживаниях, просит помощи. Суицидальных и антисоциальных тенденций не высказывает. Память снижена на текущие события, забывает, куда кладет вещи, что хотела сделать. Достаточно ориентирована в социально бытовых вопросах. Интеллект грубо не снижен. Абстрагирование доступно. Внимание неустойчивое. Сон с частыми пробуждениями и поздним засыпанием. Критика к состоянию присутствует.

Заключение: Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство. Рекомендовано обследование и лечение в психосоматическом отделении психиатрического стационара.

Консультация невролога: зрачки равны. Фотореакции и конвергенция в достатке. Рефлексы живые. В позе Ромберга неустойчива, ППП выполняет. Менингеальных знаков нет. Походка с пошатыванием. Заключение: Недостаточность кровообращения ВББ. Легкий атаксический синдром.

Консультация психолога: на момент обследования выявлены признаки истощаемости когнитивных процессов. Интеллектуальная деятельность соответствует низкому возрастному уровню нормы. Присутствуют признаки преобладания эмотивного и психастенического компонентов в структуре личности на фоне. Личность склонна к эмоциональным формам реагирования в значимых для нее ситуациях.

Опросник Шмишека: эмотивный тип акцентуации (21балл). Опросник Айзенка: значительная интроверсия, средняя эмоциональная стабильность у флегматика. УНП: уровень невротизации повышен, высокий уровень психопатизации. Тест Равена: IQ<80 (интеллектуальная эффективность ниже допустимого уровня).

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Задача 10.

Больная М., возраст 60 лет, поступает планово в отделение неврологии с диагнозом "Энцефалопатия неуточненная". Жалоб активно не предъявляла в связи с отсутствием критики к состоянию. Доставлена в сопровождении родственников.

Хронические заболевания отсутствуют, но указывают на врожденную аномалию развития - родилась с аплазией матки и полной атрезией влагалища. В препубертатном периоде было произведено оперативное вмешательство - сформировано подобие влагалища из мягких тканей. Соответствующие выписки, естественно, отсутствуют.

Настоящая госпитализация связана с тем, что в течение последних 2-3 лет у больной появились и непрерывно прогрессировали интеллектуально-мнестические расстройства, по поводу чего наблюдалась (!) в поликлинике. В конце концов пациентку направили в стационар. На момент госпитализации никаких существенных обследований проведено не было, назначались разного рода ноотропы - без эффекта.

При осмотре: повышенного питания, кожные покровы бледноваты, явной соматической патологии не выявлено. В сознании, дементна, дурашлива, речь дизартричная, но без явной афазии, без какой-либо очаговой симптоматики, имеются тазовые нарушения, больная в подгузнике.

Общемозговой симптоматики нет. Проведены общеклинические анализы, в ОАК легкая анемия, прочие показатели - норма. Женщина записывается на МРТ головного мозга, которая проводится через 4-5 дней. На снимках огромные округлые множественные очаги разного размера в больших полушариях, смешанная грубая гидроцефалия. И в тот же день приходят остатки анализов. ВИЧ +..

LP на общий анализ ликвора и посев, по результатам которого установлен диагноз: "Токсоплазмоз головного мозга. ВИЧ-ассоциированная энцефалопатия" Больная взята на учет в городском СПИД-центре.
Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия»

Институт последипломного образования

Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины

**Оценочные средства и методические материалы для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«Неотложная помощь»**

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - невролог
Направление подготовки:	31.08.42 Неврология
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ОД.4

1. Паспорт ОС по дисциплине «Неотложная помощь»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
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	2 год обучения
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы логики - философские диалектические принципы - методологию диагноза <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - осуществлять информационный поиск по необходимым вопросам с использованием современных компьютерных систем <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением - способностью к анализу и синтезу 	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет 2 год обучения
2.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - симптомы, синдромы основных неотложных состояний <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - выявить специфические жалобы больного на момент осмотра - собрать анамнез (у пациента или родственников), выделив возможные причины заболевания - при объективном обследовании выявить специфические признаки заболевания - уметь выбрать минимальный, необходимый для постановки диагноза комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования 		

		<p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - комплексом методов стандартного обследования больных - принципами дифференциальной диагностики заболеваний - Интерпретации результатов основных лабораторных и инструментальных методов исследования 		
3.	ПК-6	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - алгоритмы оказания неотложной помощи при основных неотложных состояниях <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определить показания к оказанию неотложной помощи - организовать оказание неотложной помощи - определить профиль стационара с учетом характера, тяжести заболевания, ургентности госпитализации, вида осложнения и преобладания синдрома на момент госпитализации <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - комплексом методов оказания неотложной помощи при ургентных состояниях 		

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено» и «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	<i>Умеет:</i>	<i>Умеет</i>

	<p><i>абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</i></p> <p>Владеет: <i>абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</i></p>	<p><i><u>Не способен</u> - абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</i></p>
ПК-5	<p>Умеет: <i>определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i></p> <p>Владеет: <i>определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i></p>	<p>Умеет <i><u>Не способен</u> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</i></p>
ПК-6	<p>Умеет: <i>вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи</i></p> <p>Владеет: <i>ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи</i></p>	<p>Умеет: <i><u>Не способен</u> к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи обследования.</i></p>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

1. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА НЕОБХОДИМО:

- а) дать нитроглицерин
- б) ввести обезболивающее
- в) вызвать кардибригаду
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

2. СЖИМАЮЩИЕ БОЛИ ПРИСТУПООБРАЗНОГО ХАРАКТЕРА ЗА ГРУДИНОЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- а) миокардита
- б) стенокардии
- в) перикардита
- г) митрального стеноза

3. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ УРЕЖЕНИЯ ЧСС ПРИ ТАХИАРИТМИЯХ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) анаприлин (атенолол)
- б) дибазол
- в) коринфар
- г) анальгин
- д) нитроглицерин

4. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) верапамил
- б) лидокаин
- в) дигоксин
- г) новокаинамид
- д) обзидан

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) истинный кардиогенный шок
- б) отек легких
- в) фибрилляция желудочков
- г) полная атриовентрикулярная блокада

6. НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИМ ПРЕПАРАТОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОТЕКА ЛЕГКИХ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И НОРМАЛЬНЫМ АД ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) строфантин
- б) нитроглицерин
- в) маннитол
- г) преднизолон
- д) пентамин

7. НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИМ ПРЕПАРАТОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) мезатон
- б) допамин
- в) добутамин
- г) ангиотензин
- д) строфантин

8. РАЗВИТИЕ ОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО:

- а) при массивной тромбоэмболии легочной артерии
- б) при крупозной пневмонии

- в) при инфаркте миокарда правого желудочка
- г) при астматическом статусе 2-й стадии
- д) при респираторном дистресс-синдроме взрослых

9. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО К ОСЛОЖНЕНИЯМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА НЕ ОТНОСЯТСЯ:

- а) острая левожелудочковая недостаточность
- б) геморрагический инсульт
- в) острая коронарная недостаточность
- г) кровоизлияние в сетчатку
- д) легочное кровотечение

10. КАКОЙ ПРЕПАРАТ НАИБОЛЕЕ УДОБЕН ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИЕМА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА?

- а) эналаприл
- б) анаприлин
- в) коринфар
- г) допегит
- д) изобарин

11. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО В ПОСТСИНКОПАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ДИАГНОЗУ "ПРОСТОЙ ОБМОРОК" ПРОТИВОРЕЧИТ:

- а) головная боль
- б) потеря памяти
- в) потливость
- г) тошнота
- д) наличие позывов к рвоте

12. К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ТЯЖЕЛОЙ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ:

- а) отек легких
- б) плеврит
- в) острая артериальная гипотензия
- г) легочное кровотечение
- д) инфекционно-токсический шок

13. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТ

- а) преднизолон
- б) адреналин
- в) эуфиллин
- г) беротек ингаляционно
- д) любой из перечисленных

14. ПРИСТУП УДУШЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ:

- а) сердечной астмы
- б) ларингоспазма
- в) бронхиальной астмы
- г) все ответы неправильны
- д) все ответы правильны

15. С НАИБОЛЬШИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У БОЛЬНОГО ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ СОЧЕТАЮТСЯ:

- а) длительный запор

- б) повышенная белковая пищевая нагрузка
- в) передозировка мочегонных
- г) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
- д) присоединение асцит-перитонита

16. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ДАННЫХ ДЛЯ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ ХАРАКТЕРНО:

- а) внезапность развития
- б) сохраненный тонус глазных яблок
- в) бледность кожных покровов
- г) все ответы правильные
- д) все ответы не правильные

17. ДЛЯ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ СПРАВЕДЛИВЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:

- а) гликемия свыше 20 ммоль/л
- б) кетоновые тела в моче
- в) влажность кожных покровов
- г) снижение тонуса глазных яблок
- д) сухость кожных покровов

18. ПРЕПАРАТАМИ В ЭКСТРЕННОМ ЛЕЧЕНИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- а) преднизолон
- б) мезатон
- в) адреналин
- г) эуфиллин

19. ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ОБЕЗБОЛИВАНИЕМ БУДЕТ:

- а) внутривенное введение 1-2 мл морфина гидрохлорида
- б) внутривенное введение 300 мг калипсола
- в) закись азота с кислородом в соотношении 3:1
- г) регионарная анестезия
- д) внутривенное введение баралгин

20. РАЗВИТИЕ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВОЗМОЖНО ПРИ ОТРАВЛЕНИИ:

- а) этиленгликолем
- б) четыреххлористым углеводородом
- в) мышьяком
- г) сулемой
- д) все ответы правильны

21. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПСИХОМОТОРНОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ПРИМЕНЯЮТ:

- а) аминазин
- б) димедрол
- в) седуксен
- г) анальгин
- д) не один из перечисленных

22. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ПРИПАДКА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) сернокислая магнезия
- б) гексенал

- в) седуксен
- г) лазикс
- д) атропин

23. ПОЯВЛЕНИЕ ПРИСТУПОВ ИНСПИРАТОРНОГО УДУШЬЯ В НОЧНОЕ ВРЕМЯ У БОЛЬНЫХ ИБС СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:

- а) сердечной астме
- б) бронхиальной астме
- в) инфаркте миокарда
- г) гипертоническом кризе
- д) все перечисленное верно

24. У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРИСТУП УДУШЬЯ НЕ КУПИРУЮЩИЙСЯ ВВЕДЕНИЕМ ЭУФИЛЛИНА. НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ ВНУТРИВЕННО:

- а) но-шпу
- б) преднизолон
- в) строфантин
- г) дибазол
- д) супрастин

25. ПОЧЕЧНУЮ КОЛИКУ ВЫЗЫВАЮТ:

- а) туберкулез почки
- б) камень мочеточника
- в) хронический пиелонефрит
- г) острая почечная недостаточность
- д) разрыв мочевого пузыря

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

№ 1

Вы находитесь на продовольственном рынке, мужчина рядом с Вами пробует сливу. Внезапно его лицо стало бледным, затем синюшно-багровым, он сильно испуган, судорожно открывает рот, вдоха нет, глаза навывкате, слезотечение.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).

№ 2

Мужчина, 46 лет, выпил неизвестную жидкость, после чего почувствовал резкую боль во рту, за грудиной и в животе.

При осмотре: беспокоен, мечется от боли, отмечалась повторная рвота с примесью крови.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).

№ 3

Мужчину ужалила пчела. Через несколько минут после этого состояние резко ухудшилось. Появилось учащенное дыхание с нарушением выдоха. Периодически судороги. Пульс 110 в 1 минуту, почти не определяется, тоны сердца ослаблены. Артериальное давление 60/20. Резко заторможен.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).

2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).

№ 4

Женщине, 38 лет, в медицинском пункте предприятия проведена вакцинация против гриппа вакциной «Гриппол». Через 5 мин после вакцинации появились жалобы на нехватку воздуха, грубый, лающий кашель с «металлическим» оттенком. Удушье стремительно нарастало. Резко затруднен вдох. Голос стал осипшим. Через 10 мин прибыла бригада «Скорой помощи», вызванная медсестрой.

При осмотре: женщина в сознании, но на вопросы отвечает с трудом, дезориентирована в пространстве. Быстро нарастает цианоз кожи, приобретающий генерализованный характер. Вдох резко затруднен, прерывистый, при дыхании отмечается втяжение яремной ямки, межрёберных промежутков. Дыхание в легких едва прослушивается. ЧД 56 в 1 минуту. Границы сердца не расширены, тоны ритмичные, звучные. ЧСС 65 уд/мин., слабого наполнения АД 70/50 мм рт.ст.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).

№ 5

В приёмное отделение поступил мужчина, 54 лет, с жалобами на сильные боли и ощущение распирания внизу живота, мучительные позывы к мочеиспусканию.

При осмотре: пациент беспокоен, перкуторно над мочевым пузырём тупой звук, пальпация болезненная из-за сильного позыва к мочеиспусканию.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).

№ 6

Мужчина, 64 года, обратился с жалобами на отсутствие стула в течение 4 суток, отсутствие аппетита, чувство тяжести и боли в нижнем отделе живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, неотхождение газов.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).

№ 7

Мужчина 56 лет

В течение 2 лет беспокоят одышка, сердцебиение и головные боли. Однако, к врачам не обращался, сохраняя трудоспособность. Ухудшение самочувствия в течение последних 3 недель: одышка значительно усилилась, стала беспокоить в покое, заставляя больного спать с высоко поднятым изголовьем.

Объективно: акроцианоз, бледность кожных покровов. Тоны сердца приглушены, аритмичные, акцент 11 тона на аорте. В легких ослабленное дыхание, в нижних отделах единичные влажные хрипы. ЧСС = 130-150 ударов в минуту, дефицит пульса 20, АД = 210\130 мм ртст S=D. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).

№ 8

Мужчина 40 лет

Жалуется на интенсивный ангинозный приступ, развившийся впервые в жизни. В анамнезе - хронический тонзиллит, хронический некалькулезный холецистит.

При осмотре: состояние тяжелое, сохраняются ангинозные боли.

АД=110\70 мм рт ст., ЧСС=68 уд\мин.. Тоны сердца пониженной звучности, шумы не прослушиваются. В легких - застойных хрипов нет. Печень не увеличена, периферических отеков нет.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).

№ 9

Больной Н., 63 лет, пенсионер, жалуется на перебои в работе сердца, сердцебиение, чувство нехватки воздуха при ходьбе, слабость. Из анамнеза заболевания: 2 года назад впервые после стресса возникли интенсивные сжимающие боли за грудиной, иррадиирующие в левую подлопаточную область, сопровождавшиеся резкой слабостью, обильным потоотделением. Через 30 мин от начала болевого приступа бригадой скорой помощи был доставлен в стационар. Болевой синдром в грудной клетке купирован на догоспитальном этапе и в последующем не рецидивировал. После выписки из стационара принимал -блокаторы, на фоне чего самочувствие пациента оставалось относительно хорошим. Настоящее ухудшение со вчерашнего дня на фоне значительной физической нагрузки (работа в саду). Пульс аритмичный, 110 в мин., слабый, мягкий, малой величины, сосудистая стенка вне пульсовой волны не пальпируется. АД 100/70 мм рт.ст.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).

№ 10

Больная С., 72 лет, доставлена с жалобами на резкую разлитую головную боль, мелькание мушек перед глазами, головокружение, тошноту, общую слабость, сухость во рту, слабость в правой руке. Из анамнеза заболевания: повышение АД с 42 лет, максимальные цифры АД – 210/100 мм рт.ст. Повышение АД сопровождается головной болью, головокружением, тошнотой. Относительно регулярно принимает гипотензивные препараты, на фоне терапии АД на уровне 140-150/80-90 мм рт.ст. В 65-илетнем возрасте перенесла ОНМК. Последние 2 года беспокоят одышка при умеренной физической нагрузке и отеки нижних конечностей. Три дня назад (на фоне стресса) прекратила прием гипотензивных препаратов. Сегодня около часа назад появились вышеуказанные жалобы. Объективно: Повышенного питания (вес 98 кг, рост 155 см). Кожные покровы гиперемированы, чистые, повышенной влажности. Отеки стоп, голеней до верхней трети.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).

№ 11

Пациентка 23 лет предъявляет жалобы приступы удушья в дневные и ночные часы ежедневно до 4-6 раз в сутки, хрипы в грудной клетке, приступообразный кашель со слизистой вязкой мокротой, заложенность носа.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).

№ 12

Пациент 43 лет предъявляет жалобы на боль в правой половине грудной клетки, одышку в покое, общую слабость.

Час назад при подъеме тяжести на работе у больного внезапно появилась боль в грудной клетке справа, удушье, сухой кашель, холодный пот. Вызвана бригада скорой помощи. Обезболивающие средства, введенные врачом «скорой помощи», состояние существенно не улучшили.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).

№ 13

Пациент 68 лет предъявляет жалобы на одышку преимущественно инспираторного характера в покое, давящие боли за грудиной, кашель, отделяется розовая пенная мокрота.

Много лет страдает гипертонической болезнью. 5 лет назад перенес инфаркт миокарда. С этого времени фибрилляция предсердий постоянная форма. Постоянно получал периндоприл, индапамид, бисопролол, варфарин. Около 6 месяцев отмечает отеки ног, одышку при незначительных физических нагрузках. Сегодня ночью развился приступ удушья.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия»

Институт последипломного образования

Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины

Оценочные средства и методические материалы для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«Радиология»

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач - невролог
Направление подготовки:	31.08.42 Неврология
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ОД.5

2. Паспорт ОС по дисциплине «Радиология»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	2 год обучения
ПК-7	Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы логики - философские диалектические принципы - методологию диагноза <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - осуществлять информационный поиск по необходимым вопросам с использованием современных компьютерных систем <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением - способностью к анализу и синтезу 	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет 2 год обучения
2.	ПК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы профилактики заболеваний при воздействии ионизирующего излучения - принципы и методы формирования здорового образа жизни - современные методы профилактики и диетотерапии заболеваний <p>Умеет:</p>		

		- составить план профилактических мероприятий по защите от излучения Владеет: - адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой лучевой болезни		
3.	ПК-7	Знает: - симптомы патологических процессов, возникающих при воздействии радиационного излучения Умеет: - составить план мероприятий по защите от радиационного излучения Владеет: - навыками использования медицинских средств индивидуальной защиты		

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено» и «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	Умеет: абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы Владеет: абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы	Умеет <u>Не способен</u> - абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы
ПК-1	Умеет: осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни,	Умеет <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни,

	<p><i>предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i></p> <p>Владеет: <i>осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i></p>	<p><i>предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i></p>
ПК-7	<p>Умеет: <i>оказывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях</i></p> <p>Владеет: <i>оказывает медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях</i></p>	<p>Умеет:<i>не способен оказывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях</i></p>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ
Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-7

001. В результате аварии на ЧАЭС воздействию радиоактивного йода подверглись следующие контингенты
- а) все ликвидаторы аварии
 - б) ликвидаторы и население, находившееся в зоне радиоактивного загрязнения в первые два месяца после аварии
 - в) ликвидаторы 1987-1990 гг.
 - г) дети, родившиеся в зоне радиоактивного загрязнения после 1987 г
002. В 1986 г наиболее высокие дозы облучения щитовидной железы чаще всего встречались у следующих контингентов
- а) дошкольники
 - б) школьники
 - в) подростки
 - г) взрослое население
 - д) ликвидаторы
003. При острой лучевой болезни клинические изменения обязательно имеют место в следующей системе
- а) центральной нервной системе
 - б) сердечно-сосудистой системе
 - в) системе органов кроветворения
 - г) пищеварительной системе
 - д) иммунной системе
004. Клиническим симптомом, наиболее рано возникающим при острой лучевой болезни, является
- а) тошнота и рвота
 - б) лейкопения
 - в) эритема кожи
 - г) выпадение волос
 - д) жидкий стул
005. Пороговая доза для развития острой лучевой болезни составляет
- а) 0.5 Гр
 - б) 1 Гр
 - в) 2 Гр
 - г) 3 Гр
 - д) 4 Гр
006. Наиболее ранними изменениями клинического анализа крови при острой лучевой болезни является уменьшение содержания следующих элементов
- а) эритроцитов
 - б) лейкоцитов
 - в) нейтрофилов
 - г) лимфоцитов
 - д) тромбоцитов

007. Минимальная доза излучения, вызывающая развитие хронической лучевой болезни, составляет
- а) 1.5 Гр
 - б) 1 Гр
 - в) 0.5 Гр
 - г) 0.1 Гр
 - д) любая
008. Минимальная доза излучения, вызывающая выпадение волос у человека, составляет
- а) 0.25 Гр
 - б) 0.5 Гр
 - в) 1 Гр
 - г) 1.5 Гр
 - д) 2 Гр
009. Единица активности
- а) Рентген
 - б) Грей
 - в) Беккерель
 - г) Рад
 - д) Зиверт
010. Назначение медикаментозных препаратов, ускоряющих выведение радионуклидов из организма, показано
- а) лицам, проживающим на территориях с уровнем загрязнения по цезию более 40 Ки/км²
 - б) лицам, содержащим в организме активность более допустимого содержания по Нормам радиационной безопасности
 - в) детям, проживающим на загрязненных территориях
 - г) беременным женщинам, проживающим на загрязненных территориях
011. В настоящее время наибольшее содержание цезия в организме встречается у следующих контингентов
- а) детей
 - б) подростков
 - в) взрослых
 - г) пенсионеров
 - д) беременных женщин
012. Из перечисленных радионуклидов в настоящее время в организме людей, проживающих в зоне радиоактивного загрязнения, не встречается
- а) йод
 - б) цезий
 - в) стронций
 - г) плутоний
 - д) радий
013. "Малыми" принято называть дозы
- а) не вызывающие лучевой болезни
 - б) не вызывающие хромосомных повреждений
 - в) не вызывающие генных поломок

- г) не вызывающие специфических изменений в отдельном организме, а вызывающие статически выявленные изменения в состоянии здоровья группы
 - д) меньшие, чем допустимые дозы облучения
014. После облучения мужских гонад наиболее характерными изменениями являются
- а) нарушение половой потенции
 - б) гипоспермия
 - в) водянка яичка
 - г) наследственные болезни у детей
 - д) снижение в крови тестостерона
015. Единица поглощенной дозы
- а) Грей
 - б) Зиверт
 - в) Рентген
 - г) Кюри
 - д) Бэр
016. Лимфопения, выявленная у больного в течение первых суток, обусловлена
- а) локальным внешним облучением конечности
 - б) поступлением внутрь радионуклидов
 - в) внешним облучением туловища в дозе менее 0.5 Гр
 - г) внешним облучением туловища в дозе более 1 Гр
 - д) заболеванием, не связанным с облучением
017. Мероприятием, которое нужно проводить по предупреждению медицинского облучения плода на начальных сроках беременности, является
- а) производить рентгеновские исследования в первые 10 дней менструального цикла
 - б) производить рентгеновские исследования во второй половине менструального цикла
 - в) не использовать флюорографию у женщин детородного возраста
 - г) перед рентгеновским исследованием направить женщину на осмотр к гинекологу
018. Прерывание беременности по медицинским показаниям можно рекомендовать женщине, подвергшейся облучению, в следующем случае
- а) при поглощенной дозе на плод более 0.1 Гр
 - б) при поглощенной дозе на плод более 0.5 Гр
 - в) при поглощенной дозе на плод более 1 Гр
 - г) при облучении в дозе, превышающей допустимый уровень по Нормам радиационной безопасности
019. Число случаев острой лучевой болезни в настоящее время во всем мире составляет
- а) несколько десятков
 - б) несколько сотен
 - в) несколько тысяч

- г) несколько миллионов
020. Опасность, которую может представлять больной после внешнего β -облучения для медицинского персонала
- а) от тела больного исходит β -излучение
 - б) больной выделяет с мочой радионуклиды
 - в) никакую
021. Мероприятие по оказанию первичной помощи пострадавшему, находящемуся в тяжелом состоянии, - это
- а) дезактивация кожи
 - б) прием радиопротектора
 - в) реанимационные мероприятия
 - г) гемосорбция
 - д) купирование рвоты
022. Степень тяжести лучевого поражения определяется
- а) содержанием радионуклидов на месте облучения
 - б) количеством "горячих" частиц в легких
 - в) количеством радионуклидов в организме
 - г) степенью угнетения кроветворения
023. Инфекционные осложнения у больных острой лучевой болезнью вероятны при следующем уровне нейтрофилов в крови
- а) менее 3000 в мкл
 - б) менее 1000 в мкл
 - в) менее нормы
 - г) менее 500 в мкл
 - д) менее 100 в мкл
024. Кровоточивость возникает при содержании тромбоцитов в крови
- а) менее 150 тыс в мкл
 - б) менее 100 тыс в мкл
 - в) менее 50 тыс в мкл
 - г) менее 40 тыс в мкл
 - д) менее 10 тыс в мкл
025. Число случаев хронической лучевой болезни у работников предприятий атомной промышленности и энергетики составляет
- а) до 10 случаев в год
 - б) несколько
 - в) менее 100 случаев в год
 - г) менее 1000 случаев в год
 - д) 20-30 случаев в год
026. Шахтеры урановых шахт получают наибольшую дозу
- а) на костный мозг
 - б) на печень
 - в) на легкие
 - г) на желудок
 - д) на щитовидную железу

027. Предпочтительным донором костного мозга для лечения больного острой лучевой болезнью являются
- а) родители больного
 - б) родные братья или сестры
 - в) дети больного
 - г) другие члены семьи
028. Первое место среди причин смерти ликвидаторов аварии на ЧАЭС занимают
- а) сердечно-сосудистые заболевания
 - б) онкологические заболевания
 - в) травмы и отравления
029. Первое место среди причин смерти у населения, проживающего на загрязненной территории, занимают
- а) сердечно-сосудистые заболевания
 - б) онкологические заболевания
 - в) травмы и отравления
030. Нижеперечисленные злокачественные новообразования, наиболее вероятные для лиц, подвергшихся облучению в результате аварии на ЧАЭС
- а) рак желудка
 - б) рак легкого
 - в) лейкозы
 - г) рак щитовидной железы
 - д) рак молочной железы
031. Наибольший вклад в риск (вероятность) развития злокачественных новообразований у населения, проживающего на загрязненных территориях, вносят
- а) сельскохозяйственные работы без средств индивидуальной защиты
 - б) употребление алкоголя
 - в) курение
 - г) употребление продуктов местного производства
 - д) пребывание в лесах в зоне радиационного контроля
032. Медикаментозное лечение при острой лучевой болезни не показано
- а) при дозах облучения менее 3 Гр
 - б) больным, у которых не было первичной реакции
 - в) больным с легкой степенью болезни
 - г) больным, получившим летальные дозы облучения
033. Главный принцип выбора санатория для лечения ликвидаторов и населения, проживающего в зонах аварии, - это
- а) направление в санатории, специализирующиеся на лечении лучевой патологии
 - б) направление на лечение в связи с имеющимися общесоматическими заболеваниями
 - в) не направлять в санаторий в летний период
 - г) не направлять в санаторий,

если полученная доза превышает допустимые уровни

034. Особенности клинического течения общесоматических заболеваний у человека, ранее подвергшегося облучению в малых дозах
- никаких
 - утяжеление клинического течения
 - большой процент выхода на инвалидность по общему заболеванию
 - переход острых форм в хронические
 - устойчивость к обычной терапии

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

№1.

Мужчина 34 лет, через сутки после возвращения из командировки, во время которой принимал участие в ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС обратился к участковому врачу с жалобами на угнетенное состояние, головную боль, головокружение, тошноту, повторную рвоту, понос с примесью крови.

При осмотре выявлена небольшая отечность подкожной клетчатки, бледность кожных покровов. Со стороны нервной системы отмечались менингеальные явления: незначительная ригидность затылка, с. Кернига, патологические рефлексы Бабинского, Россолимо, Гордона, общая гиперестезия кожи. Вялость, сонливость, адинамия, тремор рук, потливость конечностей, озноб.

Задания:

- Поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
- Составьте алгоритм оказания помощи пострадавшему (ПК-7).

№ 2

Мужчина 37 лет, через 3 недели после возвращения из командировки во время которой принимал участие в ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС обратился к участковому врачу с жалобами на головные боли, расстройство сна, головокружение, тошноту, рвоту, боли в животе, поносы с кровью, внезапно возникшее облысение, нарастающую общую слабость, кровоточивость.

Объективно: кожа суха, шелушится, кожных сыпей и кровоизлияний различной величины ж формы, на кистях рук эритема с образованием пузырей. Гнойничковое поражение кожи, температура тела 38,7 С. Некротическая ангина, гингивит, стоматит. Пульс 110 в минуту, АД=90/60 мм.рт.ст., частота дыхания 28 в 1 минуту, расширение границ сердца, систолический шум на верхушке.

Задания:

- Поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
- Составьте алгоритм оказания помощи пострадавшему (ПК-7).

№ 3

В результате повреждения контейнера одного из блоков реактора АЭС произошла утечка радиоактивных продуктов. В зоне повышенной радиоактивности оказались три человека. Ориентировочно они получили 300 Р. Их доставили в клинику.

- Возникновение какой болезни можно ожидать у пострадавших?
- Какое облучение (внешнее или внутреннее) ионизирующими лучами может быть причиной данной болезни?
- Назовите стадии данной болезни
- Какой исход болезни можно ожидать у пациентов при данной дозе облучения?

Задания:

- Поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
- Составьте алгоритм оказания помощи пострадавшему (ПК-7).

№4

Исследователь С. во время аварии на АЭС находился в 10-км зоне. Спустя сутки после аварии: количество эритроцитов $4,5 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 155 г/л, ЦП = 1,1, ретикулоциты 4%_о, лейкоциты $12,5 \cdot 10^9/л$.

Лейкоцитарная формула: Э-, Б-, М-, Ю- 3, П- 7, С- 70, Л-15, М-5, тромбоциты $200 \cdot 9/л$

- 1) Имеются ли изменения крови, характерные для лучевой болезни?
- 2) О какой клинической форме лучевой болезни может идти речь?
- 3) Какой период лучевой болезни наблюдается у больного?
- 4) Чем объясняются увеличение количества лейкоцитов и изменения в лейкоцитарной формуле в данный период болезни?

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Составьте алгоритм оказания помощи пострадавшему (ПК-7).

№5

Спустя 8 дней после аварии на АЭС у больной, эвакуированной из 30-км зоны, при анализе крови обнаружено: эритроциты- $4 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин-160 г/л, ЦП – 1, ретикулоциты-1%_о, лейкоциты- $3,48 \cdot 10^9/л$. Лейкоцитарная формула: Э-, Б-, М-, Ю-, П- 10, С- 64, Л- 18, Мон- 7.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Составьте алгоритм оказания помощи пострадавшему (ПК-7).

№6

В результате повреждения одного из блоков реактора АЭС произошла сильная утечка радиоактивных веществ. В зоне повышенной радиоактивности оказались два человека. Ориентировочно они получили 800 Р. Их доставили в клинику.

- 1) Как называется болезнь, которая возникла у пострадавших?

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Составьте алгоритм оказания помощи пострадавшему (ПК-7).

№ 7

Пострадавший Л. доставлен на сортировочную площадку МПП через 3,5 часа после ядерного взрыва. Жалуется на резкую слабость, головную боль, боли в животе, рвоту, жидкий стул. Перечисленные симптомы появились через несколько минут после воздействия радиации. При осмотре вял, апатичен, выраженная гиперемия лица и слизистых оболочек, язык сухой, обложен серовато-белым налетом.

Пульс 100 ударов в 1 мин, ритмичный, слабого наполнения, тоны сердца ослаблены, АД 90/70 мм рт.ст. Число дыханий 22 в 1 мин, дыхание везикулярное. Живот мягкий, умеренно вздут, болезненный при пальпации в эпигастральной области и вокруг пупка. Температура тела $38,7^{\circ}C$, показания индивидуального дозиметра 12,8 Гр.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Составьте алгоритм оказания помощи пострадавшему (ПК-7).

№ 8

Пострадавший М. доставлен на МПП через 2 часа после ядерного взрыва. Жалуется на головную боль, боли в животе, мышцах и суставах, озноб, тошноту, рвоту, жидкий стул. Все симптомы появились через 5-7 минут после облучения. Индивидуальный дозиметр отсутствует.

При осмотре заторможен, адинамичен, кожа и слизистые гиперемированы, склеры иктеричны, язык сухой. Пульс 98 ударов в 1 мин, слабого наполнения, определяются единичные экстрасистолы,

тоны сердца глухие, АД 100/70 мм рт.ст., дыхание везикулярное, живот болезненный при пальпации, температура тела 39,2⁰С.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Составьте алгоритм оказания помощи пострадавшему (ПК-7).

№ 9

Рядовой Ч. находился в очаге ядерного взрыва. Через 5 минут после взрыва появилась общая слабость, тошнота, неукротимая рвота. Доставлен на МПП.

При осмотре: индивидуальный дозиметр отсутствует. Состояние средней тяжести. Вял, гиподинамичен, выраженная гиперемия лица и инъекция склер, частые позывы на рвоту, пульс 120 в 1 мин., АД 90/50 мм рт. ст., температура тела 39,5⁰

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Составьте алгоритм оказания помощи пострадавшему (ПК-7).

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Приложение 2

к рабочей программе практики

Индивидуальное задание на производственную (клиническую) практику

«Обучающий симуляционный курс»

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Квалификация выпускника: врач - невролог

Направление подготовки: 31.08.42 Неврология

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.Б1

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения
производственной (клинической) практики «Обучающий симуляционный
курс»**

Ординатор _____

Ф.И.О. ординатора

Специальность _____ Неврология _____

Кафедра _____ Неврологии и нейрохирургии ИПО _____

Руководитель практики _____

(должность, кафедра, Ф.И.О. руководителя)

Перечень общеврачебных практических навыков

№	Наименование навыка	Минимальное количество
1	Удаление инородного тела верхних дыхательных путей	5
2	Коникотомия, коникопункция	5
3	Базовая сердечно-легочная реанимация	5
4	Промывание желудка	5
5	Сифонная клизма	5
6	Пункция периферической вены	5
7	Катетеризация периферической вены	5
8	Пункция плевральной полости	5
9	Катетеризация мочевого пузыря (мягким катетером)	5
10	Временная остановка наружного кровотечения	5
11	Наложение мягкой повязки	5
12	Остановка носового кровотечения	5
13	Иммобилизация конечности при травмах	5
14	Неотложная помощь при внутреннем кровотечении	5
15	Определение группы крови и резус-принадлежности крови (индивидуальной совместимости)	5

Перечень специальных практических навыков

№	Наименование навыка	Минимальное количество
1	Методика проведения спинальной пункции.	10
2	Методика первичного неврологического обследования	10
3	Экстренное введения средств, купирующих судорожный синдром	10
4	Экстренное введения средств, купирующих психомоторное возбуждение	10
5	Проведение новокаиновых блокад	10
6	Оказание экстренной помощи при ОНМК	10
7	Оказание экстренной помощи при остром отеке головного мозга	10
8	Оказание экстренной помощи при миастеническом кризе	10
9	Оказание экстренной помощи при акинетическом кризе	10
10	Оформление медицинской документации	10
11.	Составление индивидуальных программ реабилитации неврологических больных	10

Руководитель практики _____ / _____ /

(подпись руководителя)

ФИО

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Институт последипломного образования

**Приложение 1
к рабочей программе практики**

**Оценочные средства и методические материалы
для проведения промежуточной аттестации по производственной (клинической)
практике
«Обучающий симуляционный курс»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Квалификация выпускника: врач – невролог

Направление подготовки: 31.08.42 Неврология

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.Б1

1. Паспорт ОС по производственной (клинической) практике «Обучающий симуляционный курс»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1- 2 год обучения
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	1- 2 год обучения
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	1- 2 год обучения
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи	1- 2 год обучения
ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	1- 2 год обучения
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1- 2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	Знает: - методологию диагноза Умеет: - анализировать и интерпретировать результаты клинических методов диагностики для диагностики заболеваний и контроля за эффективностью проводимого лечения	1. Комплект практико-ориентированных заданий	Зачет с оценкой, 4 семестр
2.	УК-2	Знает: этику и деонтологию врача Умеет: - управлять коллективом; - общаться с коллегами и больными независимо от их социальных, этнических конфессиональных и культурных различий	1. Комплект практико-ориентированных заданий	Зачет с оценкой, 4 семестр
3.	ПК-5	Знает: - основные патологические состояния, симптомы и синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем Умеет: - провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе данных клинического	1. Дневник практики 2. Комплект практико-ориентированных заданий	Зачет с оценкой, 4 семестр

		<p>обследования;</p> <ul style="list-style-type: none"> - провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе данных дополнительных инструментальных и лабораторных методов обследования; - сформулировать клинический диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем; <p>Владеет</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами диагностики патологических состояний при использовании результатов клинических и дополнительных методов исследования; 		
4.	ПК-6	<p>Знает: основные порядки и стандарты ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи</p> <p>Умеет: использовать необходимые методы для ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи</p> <p>Владеет: навыком составления плана ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи</p>	<p>1. Дневник практики</p> <p>2. Комплект практико-ориентированных заданий</p>	<p>Зачет с оценкой,</p> <p>4 семестр</p>
5.	ПК-7	<p>Знает: алгоритмы выполнения практических навыков</p> <p>Умеет: оказывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях</p> <p>Владеет: основными общеврачебными и специальными навыками оказания медицинской помощи</p>	<p>1. Дневник практики</p> <p>2. Комплект практико-ориентированных заданий</p>	<p>Зачет с оценкой,</p> <p>4 семестр</p>
6.	ПК-10	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы законодательства о здравоохранении и основные документы, определяющие деятельность лечебного учреждения; - общие вопросы деятельности лечебного учреждения в условиях страховой медицины; - принципы медицинской статистики, учета и анализа основных показателей деятельности лечебного учреждения; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить экспертизу временной утраты трудоспособности <p>Владеет: оформлением учетно-отчетной документации в лечебном учреждении</p>	<p>1. Дневник практики</p>	<p>Зачет с оценкой,</p> <p>4 семестр</p>

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: дневник практики

2.1.1. Содержание

Во время аттестации по итогам производственной практики проверяется документация, оформленная студентом:

Дневник производственной практики (ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-10) оформляется в соответствии с требованиями Положения об организации проведения практики обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Оценка «отлично» выставляется в случае правильного оформления всех разделов дневника, достаточного объема проведенной работы, выполнения необходимых манипуляций, правильного изложения клинических данных, грамотных формулировок клинических диагнозов, назначения больным адекватной терапии, наличия оформленной характеристики базового руководителя с оценкой «отлично» результатов работы.

Оценка «хорошо» выставляется при наличии оформленных разделов дневника, достаточного объема проведенной работы, выполнения достаточного объема манипуляций, правильного изложения клинических данных, несущественных ошибках при формулировке клинических диагнозов, назначения больным адекватной терапии, наличия оформленной характеристики базового руководителя с оценкой «отлично» или «хорошо» результатов работы.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при наличии ошибок при изложении основных разделов, недостаточного объема выполненных манипуляций, ошибок при формулировке клинических диагнозов, наличия оформленной характеристики базового руководителя с положительной оценкой результатов работы.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при полном несоблюдении схемы оформления дневника, неадекватном изложении основных разделов, отсутствии некоторых разделов, неправильных формулировках клинического диагноза, неадекватном и необоснованном назначении лекарственных препаратов, отсутствия характеристики базового руководителя или при наличии оформленной характеристики базового руководителя с отрицательной оценкой результатов работы.

2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Преподаватель проверяет основные разделы дневника, при необходимости, задавая вопросы по клиническим случаям, формулировкам диагнозов, лечению. Ординатор комментирует записи, сделанные в «Дневнике производственной практики». Оценивается правильность оформления обязательных разделов дневника, объем выполненных навыков.

2.2. Оценочное средство: Комплект практико-ориентированных заданий.

2.2.1. Содержание

Комплект практико-ориентированных заданий включает проверку практических навыков, представленных в рабочей программе (общеврачебных и специальных навыков) (УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7)

Примеры практико-ориентированных заданий:

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

№ 1

Женщина, 53 лет, страдает нарушением ритма сердца. Внезапно потеряла сознание, упала. Пульса на сонной артерии нет. Дыхание отсутствует, зрачки узкие.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (сердечно-легочная реанимация) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов бригады СМП	
3	Оценка сознания	
4	Оценка сердечной деятельности	
5	Оценка дыхания	
6	Положение пациента	
7	Выбор места, способа, частоты и глубины компрессии грудной клетки	
8	Оценка эффективности кровообращения	
9	Соотношение частоты компрессии к ИВЛ	
10	Обеспечение проходимости дыхательных путей (ДП)	
11	Оценка проходимости ДП	
12	Выбор частоты и глубины ИВЛ	
13	Оценка эффективности ИВЛ	
14	Соответствие последовательности действий	
15	Электроимпульсная терапия (показания, правила выполнения, безопасность, дозирование)	
16	Оценка эффективности	
17	Медикаментозные средства (показания, последовательность назначения, дозировка)	

№ 2

Оцените неврологический статус (УК-2, ПК-6).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Установил контакт с пациентом (поздоровался, представился, обозначил свою роль)	
2	Идентифицировал пациента (попросил пациента представиться, чтобы сверить с мед.документацией)	
3	Получил информированное согласие пациента (рассказ о процедуре, вопросы о согласии и о наличии вопросов)	
4	Подготовил оборудование	
5	Обработал гигиенически руки до начала манипуляции	
6	Правильно оценил уровень сознания и ориентировки	
7	Правильно оценил когнитивные функции	
8	Правильно оценил функции I пары черепных нервов	
9	Правильно оценил функции II пары черепных нервов	
10	Правильно оценил функции III, IV, VI пар черепных нервов	
11	Правильно оценил функции V пары черепных нервов	
12	Правильно оценил функции VII пары черепных нервов	

13	Правильно оценил функции VIII пары черепных нервов	
14	Правильно оценил функции IX и X пар черепных нервов	
15	Правильно оценил функции XI пары черепных нервов	
16	Правильно оценил функции XII пары черепных нервов	
17	Оценил произвольные движения, рефлексy и чувствительность в верхней конечности с 2-х сторон	
18	Оценил произвольные движения, рефлексy и чувствительность в нижней конечности с 2-х сторон в положении лежа	
19	Оценил менингеальные симптомы в положении лежа	
20	Оценил координацию движений и вестибулярной функции в положении стоя и сидя	
21	Поблагодарил пациента, сказал, что можно одеться, сообщил, что Вы закончили процедуру осмотра и сейчас подготовите письменное заключение его результатов	
22	Обработал руки гигиеническим способом после манипуляции	

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Шкала оценивания:

-«отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями – знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями – знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями – знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний – не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Оценка практических навыков осуществляется на базах производственной практики в ходе выполнения практико-ориентированных заданий, проверяющих выполнение не менее двух общеврачебных навыка и не менее двух специальных навыка. Каждый навык оценивается отдельно по 5-бальной системе.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

Итоговая оценка на зачете по производственной практике формируется как среднее арифметическое оценок за два этапа. И выставляется в 5-бальной системе в дневник производственной практики, зачетную ведомость и зачетную книжку ординатора.

ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ОБЩЕВРАЧЕБНЫМ НАВЫКАМ

№ 1

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Женщина, 53 лет, страдает нарушением ритма сердца. Внезапно потеряла сознание, упала. Пульса на сонной артерии нет. Дыхание отсутствует, зрачки узкие.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (сердечно-легочная реанимация) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов бригады СМП	
3	Оценка сознания	
4	Оценка сердечной деятельности	
5	Оценка дыхания	
6	Положение пациента	
7	Выбор места, способа, частоты и глубины компрессии грудной клетки	
8	Оценка эффективности кровообращения	
9	Соотношение частоты компрессии к ИВЛ	
10	Обеспечение проходимости дыхательных путей (ДП)	
11	Оценка проходимости ДП	
12	Выбор частоты и глубины ИВЛ	
13	Оценка эффективности ИВЛ	
14	Соответствие последовательности действий	
15	Электроимпульсная терапия (показания, правила выполнения, безопасность, дозирование)	
16	Оценка эффективности	
17	Медикаментозные средства (показания, последовательность назначения, дозировка)	

№ 2

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Вы находитесь на продовольственном рынке, мужчина рядом с Вами пробует сливу. Внезапно его лицо стало бледным, затем синюшно-багровым, он сильно испуган, судорожно открывает рот, вдоха нет, глаза навывкате, слезотечение.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (удаление инородного тела из верхних дыхательных путей) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов бригады СМП	
3	Наличие кашля	
4	Оценка дыхания	
5	Оценка сознания	
6	Ревизия ВДП	
7	Тактика действий в зависимости от возраста, особенностей телосложения	
8	Проведение приема Геймлиха	
а)	правильность расположения рук оказывающего помощь и туловища пострадавшего	
б)	число и последовательность тракций	
10	Эффективность проведения	
11	Последующие действия	

№ 3

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Машиной СМП в стационар доставлен больной, 37 лет, с жалобами на тошноту, рвоту, однократный жидкий стул, слабость, сухость во рту, головокружение, нарушение зрения, слабость. Болен 2-й день.

Общее состояние больного средней тяжести, температура тела 37,1°C, в легких дыхание везикулярное, пульс 76 ударов в мин, ритмичный, АД 110/70, язык слегка обложен, суховат, живот мягкий, умеренно вздут, болезненный в эпигастрии. Голос имеет гнусавый оттенок. Поперхивается при глотании, выявлено ухудшение зрения, опущение век.

За 7-8 часов до заболевания ел маринованные грибы домашнего приготовления.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (промывание желудка) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Оценка сознания	
3	Положение пациента	
4	Выбор размера зонда	
5	Выбор раствора для промывания	
6	Расчет объема жидкости	
7	Техника заведения зонда	

8	Объем одной фракции применяемого раствора	
9	Показания к прекращению промывания желудка	
10	Эффективность	
11	Извлечение зонда	

№ 4

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Пациенту, 35 лет, была назначена внутримышечная терапия цефазолином. Через несколько минут после в/м введения цефазолина пациент стал жаловаться на общую слабость, прилив крови к лицу, головную боль, нарушение зрения, чувство тяжести за грудиной. Состояние тяжелое. Бледность кожи с цианозом, обильная потливость. Тоны сердца глухие. Нитевидный пульс 120 уд./мин. АД 80/50 мм рт.ст. ЧДД 28 в мин. Одышка экспираторного характера.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (выполнение пункции периферической вены для введения глюкокортикоидов) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Положение пациента	
3	Алгоритм выбора периферической вены	
4	Собрать набор для манипуляции	
5	Выполнить пункцию периферической вены	
а)	обработка рук	
б)	надевание перчаток	
в)	наложение жгута / способы пережатия вен	
г)	обработка кожи в месте пункции	
д)	вскрытие упаковки иглы	
е)	пункция вены	
ж)	забор материала / введение медикаментов	
з)	контроль правильности положения иглы	
и)	извлечение иглы	
6	Утилизация иглы	
7	Дальнейшая тактика	

№ 5

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Больной амбулаторно лечился по поводу ОРВИ. Однако, на фоне лечения, через 5 дней развилась пневмония, что стало основанием для госпитализации.

При нахождении в стационаре состояние ухудшилось. На фоне фебрильной температуры отмечается нарастание одышки и явления дыхательной недостаточности. Перкуторно границы сердца смещены влево, в нижних отделах правой половины грудной клетки тупой звук, дыхание не проводится.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (пункция плевральной полости) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов специалистов	
3	Положение пациента	
4	Собрать набор для пункции	
5	Выбор точки пункции в зависимости от показания	
6	Выполнить пункцию	
а)	обработка рук	
б)	надевание перчаток	
в)	обработка операционного поля	
г)	проведение плевральной пункции	
д)	оценка эффективности	
6	Удаление иглы	

№ 6**Прочитайте ситуацию и выполните задания:**

Женщине, 38 лет, в медицинском пункте предприятия проведена вакцинация против гриппа вакциной «Гриппол». Через 5 мин после вакцинации появились жалобы на нехватку воздуха, грубый, лающий кашель с «металлическим» оттенком. Удушье стремительно нарастало. Резко затруднен вдох. Голос стал осипшим. Через 10 мин прибыла бригада «Скорой помощи», вызванная медсестрой.

При осмотре: женщина в сознании, но на вопросы отвечает с трудом, дезориентирована в пространстве. Быстро нарастает цианоз кожи, приобретающий генерализованный характер. Вдох резко затруднен, прерывистый, при дыхании отмечается втяжение яремной ямки, межрёберных промежутков. Дыхание в легких едва прослушивается.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (выполнение кониопункции) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов специалистов	
3	Положение пациента	
4	Собрать набор для пункции	

5	Место пункции	
6	Выполнить пункцию	
а)	обработка рук	
б)	надевание перчаток	
в)	обработка кожи в месте пункции	
г)	пункция	
д)	оценка эффективности	
7	Дальнейшая тактика	

№ 7

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

В результате автомобильной аварии у водителя имеется рана левого плеча, из которой отмечается обильное кровотечение. Наложённая повязка промокает алой кровью. Пострадавший бледен, пульс 98 ударов в минуту, на левой руке не определяется.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (временная остановка наружного кровотечения) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов бригады СМП	
3	Положение пациента	
4	Метод остановки кровотечения	
5	Иммобилизация	
6	Оценка эффективности	
7	Способ и вид транспортировки	

№ 8

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

У женщины, длительное время страдающей варикозным расширением вен нижних конечностей, вследствие случайного ранения проволокой возникло обильное кровотечение непрерывной струёй тёмного цвета. Пульс 90 уд/мин, АД 115/70 мм рт ст.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (временная остановка наружного кровотечения) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов бригады СМП	

3	Положение пациента	
4	Метод остановки кровотечения	
5	Иммобилизация	
6	Оценка эффективности	
7	Способ и вид транспортировки	

№ 9

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Мужчина 28 лет, предъявляет жалобы на резкую слабость, головокружение, два раза была рвота, рвотные массы напоминают "кофейную гущу". В анамнезе язвенная болезнь желудка.

При осмотре: кожные покровы бледные. Язык обложен сероватым налетом. Пальпация живота умеренно болезненная в области эпигастрия. Пульс 98 ударов в мин. АД 100/70 мм рт.ст.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (неотложная помощь при внутреннем кровотечении) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Положение пациента	
3	Вызов бригады СМП	
4	Способы уменьшения кровотечения	
5	Расчет объема инфузионной терапии, ее качественный состав	
6	Оценка эффективности	
7	Способ и вид транспортировки	

№ 10

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

В приёмное отделение поступил мужчина, 54 лет, с жалобами на сильные боли и ощущение распирания внизу живота, мучительные позывы к мочеиспусканию, неспособность помочиться.

При осмотре: пациент беспокоен, перкуторно над мочевым пузырём тупой звук, пальпация болезненная из-за сильного позыва к мочеиспусканию.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (катетеризация мочевого пузыря мягким катетером) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной

		системе
1	Оценка ситуации	
2	Положение пациента	
3	Собрать набор для катетеризации	
4	Выполнить катетеризацию	
а)	обработка рук	
б)	надевание перчаток	
в)	обработка кожи и слизистых	
г)	выбор и подготовка катетера	
д)	заведение катетера	
е)	оценка эффективности	
5	Фиксация катетера	

№ 11

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Женщина, 64 года, обратилась с жалобами на отсутствие стула в течение 4 суток, отсутствие аппетита, чувство тяжести и боли в нижнем отделе живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, неотхождение газов.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (выполнение сифонной клизмы) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Выбрать раствор для введения	
3	Собрать набор для проведения сифонной клизмы	
4	Положение пациента	
5	Выполнить манипуляцию	
а)	обработка рук	
б)	надевание перчаток	
в)	выбор и подготовка наконечника	
г)	техника и глубина введения	
5	Фракционное введение раствора	
6	Оценка эффективности	
7	Дальнейшая тактика	

№ 12

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

При спуске с горы на лыжах женщина упала, возникли резкие боли в области бедра, усиливающиеся при изменении положения. Встать на ногу не может.

При осмотре: стопа неестественно вывернута наружу, целостность кожных покровов не нарушена.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (провести иммобилизацию конечностей) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Выбрать метод иммобилизации	
3	Правила иммобилизации	
4	Оценка эффективности	
5	Способ и вид транспортировки	

№ 13

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Женщина, 30 лет обратилась за помощью с резаной раной на наружной поверхности предплечья правой руки.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (наложение мягкой повязки) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Выбрать вид повязки	
3	Правила наложения	
4	Оценка эффективности	

№ 14

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

В результате удара по переносице кулаком началось обильное выделение крови. Больной беспокоен, сплёвывает кровь, частично её проглатывает

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (остановка носового кровотечения) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов специалистов	
3	Положение пациента	
4	Собрать набор для манипуляции	
5	Проведение остановки носового кровотечения	
а)	обработка рук	
б)	надевание перчаток	
в)	оценка эффективности методов	
6	Выполнение передней тампонады	
7	Контроль и эффективность	
8	Дальнейшая тактика	

№ 15

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Женщина, 35 лет, госпитализирована в стационар с целью сохранения беременности. Назначена длительная медикаментозная терапия путём в/в капельного введения препаратов. Вена в области локтевого сгиба на левой руке склерозирована; на правой руке - тонкая.

Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (провести катетеризацию периферической вены) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Положение пациента	
3	Алгоритм выбора периферической вены	
4	Собрать набор для манипуляции	
5	Выполнить пункцию и катетеризацию периферической вены	
а)	обработка рук	
б)	надевание перчаток	
в)	наложение жгута / способы пережатия вен	
г)	обработка кожи в месте пункции	
д)	вскрытие упаковки катетера	
е)	пункция вены, заведение катетера	
ж)	снятие жгута	
з)	фиксация катетера	

и)	введение медикаментов	
к)	контроль правильности положения катетера	
л)	извлечение катетера	
6	Утилизация иглы, катетера	
7	Дальнейшая тактика	

№ 16

Прочитайте ситуацию и выполните задания:

По медицинским показаниям больному требуется переливание 200 мл цельной крови. При определении групповой принадлежности крови пациента наблюдалась агглютинация эритроцитов с цоликлоном анти-В и отсутствие агглютинации с цоликлоном анти-А. Определение резус-фактора с помощью цоликлоном анти-D-супер показало наличие агглютинации.

Задания:

1. Определите группу крови и резус принадлежность крови (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте определение группы крови и резус принадлежности крови на фантоме (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Убедиться в пригодности цоликлонов, донорской крови	
2	Надеть маску, очки, фартук, нарукавники, перчатки, обработать перчатки	
3	На блюде написать Ф.И.О. реципиента	
4	Вскрыть ампулы с цоликлонами	
5	Получить кровь реципиента	
6	В лунки внести по 1 капле (0,1 мл) цоликлонов	
7	Отдельным концом стеклянной палочки или отдельной пипеткой для каждой лунки перенести каплю крови (0,01 мл) в 10 раз меньше капли цоликлона с предметного стекла в лунку и смешать с каплей цоликлона до гомогенного пятна	
8	Блюде осторожно покачивать в течение 2 мин.	
9	При наличии гемагглютинации с цоликлонами анти-А, -В, -АВ проводится тестовый контроль с изотоническим раствором хлорида натрия	
10	Блюде, палочки, пипетки, шприцы, иглы дезинфицируются в 3% растворе хлорамина в течение 1 ч.	

1. Оцените неврологический статус (УК-2, ПК-6).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Установил контакт с пациентом (поздоровался, представился, обозначил свою роль)	
2	Идентифицировал пациента (попросил пациента представиться, чтобы сверить с мед. документацией)	
3	Получил информированное согласие пациента (рассказ о процедуре, вопросы о согласии и о наличии вопросов)	
4	Подготовил оборудование	
5	Обработал гигиенически руки до начала манипуляции	
6	Правильно оценил уровень сознания и ориентировки	
7	Правильно оценил когнитивные функции	
8	Правильно оценил функции I пары черепных нервов	
9	Правильно оценил функции II пары черепных нервов	
10	Правильно оценил функции III, IV, VI пар черепных нервов	
11	Правильно оценил функции V пары черепных нервов	
12	Правильно оценил функции VII пары черепных нервов	
13	Правильно оценил функции VIII пары черепных нервов	
14	Правильно оценил функции IX и X пар черепных нервов	
15	Правильно оценил функции XI пары черепных нервов	
16	Правильно оценил функции XII пары черепных нервов	
17	Оценил произвольные движения, рефлекс и чувствительность в верхней конечности с 2-х сторон	
18	Оценил произвольные движения, рефлекс и чувствительность в нижней конечности с 2-х сторон в положении лежа	
19	Оценил менингеальные симптомы в положении лежа	
20	Оценил координацию движений и вестибулярной функции в положении стоя и сидя	
21	Поблагодарил пациента, сказал, что можно одеться, сообщил, что Вы закончили процедуру осмотра и сейчас подготовите письменное заключение его результатов	
22	Обработал руки гигиеническим способом после манипуляции	
23	Информировал пациента о ходе исследования	
24	Сделал правильное заключение	
25	Не делал другие нерегламентированные и небезопасные действия	
26	Субъективное благоприятное впечатление эксперта	

2. Проведите прозериную пробу(УК-2, ПК-6).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе

1	Установил контакт с пациентом (поздоровался, представился, обозначил свою роль)	
2	Идентифицировал пациента (попросил пациента представиться, чтобы сверить с мед.документацией)	
3	Получил информированное согласие пациента (рассказ о процедуре, вопросы о согласии и о наличии вопросов)	
4	Подготовил оборудование	
5	Обработал гигиенически руки до начала манипуляции	
6	Правильно оценил уровень сознания и ориентировки	
7	Правильно оценил когнитивные функции	
8	Правильно оценил функции I пары черепных нервов	
9	Правильно оценил функции II пары черепных нервов	
10	Правильно оценил функции III, IV, VI пар черепных нервов	
11	Правильно оценил функции V пары черепных нервов	
12	Правильно оценил функции VII пары черепных нервов	
13	Правильно оценил функции VIII пары черепных нервов	
14	Правильно оценил функции IX и X пар черепных нервов	
15	Правильно оценил функции XI пары черепных нервов	
16	Правильно оценил функции XII пары черепных нервов	
17	Оценил произвольные движения, рефлексы и чувствительность в верхней конечности с 2-х сторон	
18	Оценил произвольные движения, рефлексы и чувствительность в нижней конечности с 2-х сторон в положении лежа	
19	Оценил менингеальные симптомы в положении лежа	
20	Оценил координацию движений и вестибулярной функции в положении стоя и сидя	
21	Информировал пациента о ходе исследования, необходимости проведения прозериновой пробы	
22	Объяснил пациенту цель, ход предстоящей манипуляции	
23	Проведение прозериновой пробы. Выбор препарата: прозерин 0,05 % -1 мл подкожно	
25	Обработал руки на гигиеническом уровне. Надел перчатки.	
26	Помог пациенту занять нужное положение.	
27	Проверил срок годности и герметичность упаковки шприца. Вскрыл упаковку, положил шприц в стерильный латок.	
28	Проверил срок годности, название, физические свойства и дозировку лекарственного препарата	
29	Обработал ватным шариком со спиртом и вскрыл ампулу.	
30	Набрал в шприц нужное количество препарата, выпустили воздух и положил шприц в стерильный латок.	
31	Обработал руки антисептиком	
32	Обработал центробежно (или по направлению снизу - вверх) шариком в спирте большую зону кожных покровов в месте ведения (верхняя треть наружной поверхности плеча, спина (подлопаточная область), переднебоковая поверхность бедра, боковая поверхность брюшной стенки.), вторым шариком обработал непосредственно	

	место инъекции, дождался пока кожа высохнет от спирта.	
33	Одной рукой взял кожу в месте инъекции в складку.	
34	Подвел иглу под кожу в основании кожной складки под углом 45 градусов к поверхности кожи срезом вниз на глубину 2/3 длины иглы указательным пальцем; указательным пальцем придерживал канюлю иглы.	
35	Ввел лекарственное вещество	
36	К месту инъекции прижал спиртовой шарик и быстро вывел иглу.	
37	Утилизировал шприц и использованный материал	
38	Снял перчатки. Обработал руки гигиеническим способом.	
39	Убедился, что пациент чувствует себя комфортно.	
40	Сделал правильное заключение через 30 минут:	
	:положительная проба – исчезновение всех симптомов или остаются лишь отдельные признаки	
	:слабоположительная проба – уменьшение выраженности симптомов	
	:сомнительная проба – симптомы меняются, но не существенно	
	:отрицательная проба – симптомы не изменяются	
41	Сделал правильное заключение через 1-2 часа при положительной и слабоположительной пробе:	
	:все симптомы возвращаются на прежний уровень	
42	Сделал правильное диагностическое заключение	

3. Проведите сбор жалоб и анамнеза на первичном приеме врача(УК-2, ПК-6).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
	Установление контакта:	
1	Приветствие	
2	Забота о комфорте пациента	
3	Самопрезентация	
4	Согласие на расспрос	
5	Идентификация личности пациента	
	Расспрос:	
6	Открытый вопрос (вначале)	
7	Начало расспроса с фразы: «На что жалуетесь?»	
8	Слушание	
9	Обобщение	
10	Скрининг	
11	Учёт мнения пациента	
12	Использование открытых вопросов	
13	Предложение своих вариантов ответов на заданные вопросы	
14	Серия вопросов	
	Выстраивание отношений в процессе общения:	
15	Зрительный контакт	
16	Перебивание	

17	Обращения к пациенту	
18	Комментирует и оценивает поведение пациента	
19	Выдерживание пауз	
20	Поза	
21	Эмпатия	
22	Фасилитация ответа пациента	
23	Результат коммуникации	
24	Уточняющие вопросы	

4. Окажите неотложную помощь при эпилептическом приступе (УК-2, ПК-6).

Этапы		Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
Вводные действия	1	Оценка ситуации	
	2	:осмотрелся с поворотами головы	
	3	Обеспечил безопасность пациента в момент приступа, чтобы избежать травмирования.	
	4	Обеспечил участие других помощников (призыв на помощь)	
	5	Обеспечил наличие укладки	
	6	Надел перчатки	
Этап осмотра критического пациента с оценкой проходимости дыхательных путей	7	Визуально осмотрел открытый рот	
	8	Обеспечение проходимости дыхательных путей:	
	9	:повернул голову в сторону	
	10	:вставил воздуховод	
Применение лекарственных средств	11	Выбор препарата: Диазепам 5-10 мг в/м без разведения.	
	12	Проверил срок годности и герметичность упаковки шприца. Вскрыл упаковку, положил шприц в стерильный латок.	
	13	Проверил срок годности, название, физические свойства и дозировку лекарственного препарата	
	14	Обработал ватным шариком со спиртом и вскрыл ампулу.	
	15	Набрал в шприц нужное количество препарата, выпустил воздух и положил шприц в стерильный латок.	
	16	Обработал руки антисептиком	
	17	Обработал центробежно (или по направлению снизу - вверх) шариком в спирте большую зону кожных покровов в месте введения (верхний наружный квадрант ягодицы), вторым шариком	

		обработал непосредственно место инъекции, дождался пока кожа высохнет от спирта.	
	18	Фиксировал кожу 1 и 2-м пальцами	
	19	Ввел иглу в мышцу под углом 90 ⁰ , оставив 2-3 мм иглы над кожей	
	20	Ввел лекарственное вещество	
	21	К месту инъекции прижал спиртовой шарик и быстро вывел иглу.	
	22	Утилизировал шприц и использованный материал	
	23	Снял перчатки. Обработал руки гигиеническим способом.	
Послеприступный период	24	Мониторирование дыхания, ЧСС, АД по окончании приступа	

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Приложение 2

к рабочей программе практики

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения практики
«Производственная (клиническая) практика – базовая часть»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Квалификация выпускника: врач - невролог

Направление подготовки: 31.08.42 Неврология

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.Б2

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения практики
«Производственная (клиническая) практика – базовая часть»**

Ординатор _____

Ф.И.О. ординатора

Специальность _____

Кафедра _____

Руководитель практики _____

(должность, кафедра, Ф.И.О. руководителя)

Перечень специальных практических навыков

№	Наименование навыка	Минимальное количество
1.	Методика клинического обследования неврологических больных	
2.	Показания к экстренной госпитализации в неврологический стационар.	
3	Показания к назначению и интерпретация лабораторных и инструментальных методов лечения	
4.	Нейрофармакотерапия.	
5	Проведения спинальной пункции.	
6	Проведение медикаментозных блокад	
7	Проведение постизометрической релаксации мышц	
8	Купирование судорожного синдрома	
9	Купирование психомоторного возбуждения.	
10	Экстренная помощи при ОНМК	
11	Экстренная помощи при остром отеке головного мозга	
12	Экстренная помощи при миастеническом кризе	
13	Экстренная помощи при акинетическом кризе	
14	Экстренная помощи при обмороке	
15	Экстренная помощи при панической атаке	
16	Экстренная помощи при остром болевом синдроме	
17	Экстренная помощи при остром нейроинфекционном заболевании	
18	Коррекция расстройств сна.	
19	Составление индивидуальных программ реабилитации неврологических больных	
20	Экспертиза временной нетрудоспособности неврологических больных.	
21	Первичная экспертиза через ВК с представлением больного на МСЭК.	
22	Определение профессиональных ограничений у ряда неврологических больных	
23	Оформление медицинской документации	

Руководитель практики _____ / _____ /

(подпись руководителя)

ФИО

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт последипломного образования**

**Приложение 1
к рабочей программе практики**

**Оценочные средства и методические материалы для проведения промежуточной
аттестации по практике
«Производственная (клиническая) практика – базовая часть»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Квалификация выпускника: врач – невролог

Направление подготовки: 31.08.42 Неврология

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.Б2

1. Паспорт ОС по практике «Производственная (клиническая) практика – базовая часть»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1- 2 год обучения
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	1- 2 год обучения
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1- 2 год обучения
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	1- 2 год обучения
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	1- 2 год обучения
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи	1- 2 год обучения
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	1- 2 год обучения
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1- 2 год обучения
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1- 2 год обучения

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	Знает: - методологию диагноза Умеет: - анализировать и интерпретировать результаты клинических методов диагностики для диагностики заболеваний и контроля за эффективностью проводимого лечения	1. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры

2.	УК-2	<p>Знает: этику и деонтологию врача</p> <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - управлять коллективом; - общаться с коллегами и больными независимо от их социальных, этнических конфессиональных и культурных различий 	1. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры
3.	ПК-1	<p>Знает: основные мероприятия, направленные на сохранение и укрепление здоровья</p> <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - составить план мероприятий по формированию здорового образа жизни - составить план мероприятий по предупреждению возникновения и (или) распространения заболеваний - обеспечить раннюю диагностику заболеваний 	1. Дневник практики 2. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры
4.	ПК-2	<p>Знает: организационные аспекты проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации</p> <p>Умеет: проводить профилактические медицинские осмотры, осуществлять диспансерное наблюдение</p> <p>Владеет: методами клинического обследования пациента</p>	1. Дневник практики 2. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры
5.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные патологические состояния, симптомы и синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе данных клинического обследования; - провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе данных дополнительных инструментальных и лабораторных методов обследования; - сформулировать клинический диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем; <p>Владеет</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами диагностики патологических состояний при использовании результатов клинических и дополнительных методов исследования; 	1. Дневник практики 2. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры
6.	ПК-6	<p>Знает: основные порядки и стандарты ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании неврологической помощи</p> <p>Умеет: использовать необходимые методы для ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании неврологической помощи</p> <p>Владеет: навыком составления плана ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании</p>	1. Дневник практики 2. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры

		неврологической помощи		
7.	ПК-8	Знает: показания и противопоказания к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации Умеет: составить план медицинской реабилитации пациента с использованием природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов	1. Дневник практики 2. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры
8.	ПК-9	Знает: принципы первичной и вторичной профилактики заболеваний Умеет: составить план первичной и/или вторичной профилактики пациенту	1. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры
9.	ПК-10	Знает: - основы законодательства о здравоохранении и основные документы, определяющие деятельность лечебного учреждения; - общие вопросы деятельности лечебного учреждения в условиях страховой медицины; - принципы медицинской статистики, учета и анализа основных показателей деятельности лечебного учреждения; Умеет: - проводить экспертизу временной утраты трудоспособности Владеет: оформлением учетно-отчетной документации в лечебном учреждении	1. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: дневник практики

2.1.1. Содержание

Во время аттестации по итогам производственной практики проверяется документация, оформленная студентом:

Дневник производственной практики (ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8) оформляется в соответствии с требованиями Положения об организации проведения практики обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Оценка «отлично» выставляется в случае правильного оформления всех разделов дневника, достаточного объема проведенной работы, выполнения необходимых манипуляций, правильного изложения клинических данных, грамотных формулировок клинических диагнозов, назначения больным адекватной терапии, наличия оформленной характеристики базового руководителя с оценкой «отлично» результатов работы.

Оценка «хорошо» выставляется при наличии оформленных разделов дневника, достаточного объема проведенной работы, выполнения достаточного объема манипуляций, правильного изложения клинических данных, несущественных ошибках при формулировке клинических диагнозов, назначения больным адекватной терапии, наличия оформленной характеристики базового руководителя с оценкой «отлично» или «хорошо» результатов работы.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при наличии ошибок при изложении основных разделов, недостаточного объема выполненных манипуляций, ошибок при формулировке клинических диагнозов, наличия оформленной характеристики базового руководителя с положительной оценкой результатов работы.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при полном несоблюдении схемы оформления дневника, неадекватном изложении основных разделов, отсутствии некоторых разделов, неправильных формулировках клинического диагноза, неадекватном и необоснованном назначении лекарственных препаратов, отсутствия характеристики базового руководителя или при наличии оформленной характеристики базового руководителя с отрицательной оценкой результатов работы.

2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Преподаватель проверяет основные разделы дневника, при необходимости, задавая вопросы по клиническим случаям, формулировкам диагнозов, лечению. Ординатор комментирует записи, сделанные в «Дневнике производственной практики». Оценивается правильность оформления обязательных разделов дневника, оформления клинических диагнозов, объем выполненных навыков.

2.2. Оценочное средство: комплект ситуационных задач.

2.2.1. Содержание

Аттестация по практическим навыкам проводится на ситуационных задачах и представляет собой проверку навыков клинического мышления (оценка результатов физикального обследования, интерпретация данных лабораторных и инструментальных методов обследования, оформление клинического диагноза, определения тактики ведения и лечения пациента).

Пример ситуационной задачи:

Больная У., 38 лет.

Доставлена в стационар с направительным диагнозом: «Анемия неясной этиологии».

Жалобы при поступлении на: на общую слабость.

Анамнез заболевания: Анамнез со слов мужа. Ранее работала на химическом производстве, имела контакт с ртутью. В 2010 году собрала вручную 1 литр разлившейся ртути, после чего лечилась по поводу дерматита. В 2010 году больная госпитализирована в ТО по поводу нейроциркуляторной дистонии по гипертоническому типу. Тогда же впервые обнаружено снижение гемоглобина до 87 г\л, ЦП. 1.0. На ФГДС - очаговый атрофический гастрит. От других обследований больная категорически отказалась. В дальнейшем к врачу принципиально не обращалась. Со слов мужа удалось выяснить, что больная из-за внутренних представлений о здоровье ("насмотрелась телевизора") резко ограничила прием пищи. В течение последнего года стала прогрессивно нарастать слабость, нарушилась походка. Последние полгода усилились слабость в конечностях, нарушение координации движений. В течение месяца появилась рвота без причины и на прием пищи. Принимала только соки и минеральную воду. В последний месяц отказалась от еды, питья, в течение около 7 дней находится только в постели, отмечались тошнота, рвота, боли в животе при попытках накормить или напоить ее. В последнюю неделю больная очень мало мочилась, стула не было. По поводу диффузных болей в костях, мышцах, общей слабости вызывали на дом БСМП, вводились какие-то препараты, госпитализация не предлагалась. Амбулаторно взята кровь, обнаружена глубокая анемия, дано направление на госпитализацию.

Наследственность: гипертоническая болезнь у матери.

Перенесенные заболевания: Хронический бронхит, ОРВИ.

Привычные интоксикации: не курит, алкоголь не употребляет.

Status praesens: Общее состояние больной тяжелое из-за обезвоживания, тяжелой анемии. В сознании, заторможена. Крайняя степень истощения. Цвет кожи желто-бледный, пальцы кистей и стоп - синюшные. Красный оттенок волос. ЧДД 24-26 в минуту. АД 60 и 40 мм рт.ст. Пульс

нитевидный. Зубы требуют санации. Глотание нарушено. Печень на 3см ниже края реберной дуги. Температура тела 35.5 градусов.

Неврологический статус: Зрачки D=S. Конвергенция – abs. Фотореакция зрачков на свет ослаблена. Объем движения глазных яблок полный. Носогубная складка $D \leq S$. Пальпация тригеминальных точек безболезненна. Небольшая девиация языка вправо. Мелкий тремор языка. Глоточный рефлекс снижен. Объем активных движений оценить невозможно из-за тяжести состояния. Тонус мышц не изменен. Глубокие рефлексы с рук $D=S$, оживлены; с ног $D=S$, оживлены. Подошвенные – $D=S$. Брюшные – abs. Интенционный тремор рук. Патологических рефлексов нет. Менингеальных знаков и симптомов натяжения нет. ПНП – неуверенное выполнение с обеих сторон. ПКП – неуверенно с обеих сторон. В позе Ромберга проверить невозможно из-за тяжести состояния. Легкая дизартрия.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Оценка «отлично» выставляется в случае грамотного анализа выявленных симптомов и синдромов, формулирования предварительного диагноза, составления адекватного и обоснованного плана обследования пациента, грамотной оценки результатов дополнительных методов обследования, правильной формулировки клинического диагноза в соответствии с современными классификациями, обоснованного и адекватного назначения средств медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Оценка «хорошо» выставляется в случае проведения анализа основных симптомов и синдромов, формулирования предварительного диагноза основного заболевания, составления адекватного плана обследования пациента, проведения оценки результатов дополнительных методов обследования, правильной формулировки клинического диагноза без полной детализации, адекватного назначения средств медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Оценка «удовлетворительно» выставляется в случае простого перечисления выявленных симптомов и синдромов, определения основной нозологической формы, перечисления методов обследования пациента и их оценки, краткой формулировки клинического диагноза, перечисления средств медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется в случае отсутствия формулировок симптомов и синдромов, неадекватного определения нозологической формы, невозможности составить план обследования и оценить полученные результаты дополнительных методов обследования, отсутствии правильной формулировки клинического диагноза.

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Оценка практических навыков осуществляется на базах производственной практики в ходе выполнения заданий к клинической ситуации. Оценивается каждое задание по 5-бальной системе.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

Итоговая оценка на зачете по производственной практике формируется как среднее арифметическое оценок за два этапа. И выставляется в 5-бальной системе в дневник производственной практики, зачетную ведомость и зачетную книжку ординатора.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

№1

Больной А., 40 лет

Доставлен машиной скорой помощи с диагнозом «Энцефалит, эпилептический статус».

Анамнез заболевания: Со слов жены известно, что в течение 15 лет страдает алкоголизмом, дважды находился на стационарном лечении в психиатрической больнице. В течение последних нескольких лет трезвым практически не бывает, ежедневно употребляет водку, вино. Месяц назад усилились боли в животе, появились боли в области сердца. Находился на амбулаторном лечении с диагнозом «обострение хронического панкреатита, коронарная недостаточность». Вскоре стал жаловаться на головную боль. Исчез аппетит. Однако пить не бросал. Усилилась жажда – выпивал до 5 литров жидкости в сутки. За 2 недели сильно похудел. Последние 10 дней жаловался на слабость, мелькание в глазах, ощущение «ледяных ног», стягивания грудной клетки. Стал невнятно говорить. Появились страхи; казалось, что жена и дети смотрят на него подозрительно, о чем-то шепчутся, сговариваются его убить. По ночам вскакивал с постели, кричал. Несколько дней назад развилась сонливость, а затем серия судорожных припадков.

Доставлен в сознании.

Из хронических заболеваний называет хронический гастродуоденит и хронический панкреатит, артериальная гипертензия. Гипотензивные препараты не принимает.

Наследственность: гипертоническая болезнь у отца.

Status praesens: Состояние тяжелое. дезориентирован в месте: не может назвать где находится. На вопросы отвечает с задержкой, команды врача выполняет также с задержкой. Пытается встать и ходить, пугается внезапных звуков, окликов.

Рост 177 см., масса тела 51 кг. Осанка правильная. Температура тела 38,6 С. Кожные покровы бледные, сухие, гипергидроз ладоней и стоп. Видимые слизистые влажные. Подкожная жировая клетчатка развита слабо, больной истощен. Пальпируются только подчелюстные лимфатические узлы, без патологии.

Перкуторный звук над всей поверхностью ясный легочный. Границы легких не изменены. Дыхание жесткое. Хрипов нет. Частота дыхания 20 в 1 минуту.

Верхушечный толчок определяется в V межреберье по среднеключичной линии, усиленный, разлитой. Левая граница сердца - в V межреберье по среднеключичной линии, правая - по правому краю грудины, верхняя - в III межреберье по окологрудной линии. При аускультации ритм сердечных сокращений неправильный. Число сердечных сокращений 110 в минуту. Тоны сердца приглушены. Шумов в сердце нет. Шум трения перикарда отсутствует. Артериальный пульс на лучевых артериях симметричный, частотой 110 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, средней величины. Артериальное давление - S = D 105/60 мм. Рт.ст.

Язык малинового цвета, сосочки сглажены, влажный, у корня обложен белым налетом. Зев розового цвета, чистый. Миндалины не увеличены, налетов нет. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени на 2 см ниже реберной дуги, закругленный, плотноватый, безболезненный, гладкий. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Щитовидная железа не пальпируется.

Неврологический статус: дезориентирован в месте (не может назвать, где находится). Инструкции врача выполняет с задержкой. Зрачки D=S, миоз. Парез VI пары черепных нервов. Конвергенция – abs. Фотореакция зрачков на свет ослаблена. Пальпация тригеминальных точек безболезненна.

Небольшая девиация языка вправо. Фибриллярные подергивания мышц языка, губ. Объем активных движений полный. На фоне снижения мышечного тонуса периодически отмечается его четкое нарастание. Глубокие рефлексы с рук S>D, оживлены; с ног D≤S, оживлены. Подошвенные

– abs. Брюшные – abs. Двусторонний симптом Бабинского, ладонно-подбородочный рефлекс. Менингеальных знаков и симптомов натяжения нет. ПНП – мимопопадание с обеих сторон. Крупноамплитудный тремор рук. ПКП – неуверенно с обеих сторон. Нарушение температурной и болевой чувствительности по типу «перчаток и носок». Гипергидроз ладоней и подошв.

Дополнительные данные к задаче 1

Общий анализ крови: эр. – 3.71 Т/л; □в – 149 г/л; ЦП – 1.2, L – 13,4 Г/л; эоз.-0; п/яд. -5 %; с/яд – 75 %; моноциты - 6 %; лимфоциты - 14 %; СОЭ – 22 мм/час. Макроциты ++

Общий анализ мочи: Цвет: с/ж, реакция: щелоч., белок: 0.09, удельный вес: 1018; лейкоциты: 2-3-4, эритроциты: 2-1-2, плоские клетки: 2-0-1, бактерии +.

Сахар крови: 5.66 ммоль/л.

RW, ВИЧ: результат отрицательный.

Биохимия крови: триглицериды – 0.9 ммоль/л, мочевины - 5.46 ммоль/л, креатинин - 88.5 мкмоль/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, билирубин прямой – 10,2 мкмоль/л, билирубин не прямой – 20 мкмоль/л, АСТ- 45, АЛТ- 29, общий белок – 60 г/л, К – 4.0 ммоль/л, Na – 138 ммоль/л.

Коагулограмма: АПТВ – 24 сек.; МНО – 1.0.

ЦСЖ: глюкоза – 2,4 ммоль/л, калий - 2,7 ммоль/л, натрий – 140,0 ммоль/л, хлориды – 120 ммоль/л, общий белок – 60 г/л, лейкоциты – нет, эритроциты – 6 в 1 ммЗ.

ФГ легких: без патологии

РЭГ:

Фоновая запись в покое. Пульсовое кровенаполнение снижено во всех бассейнах. Тонус средних и мелких артерий повышен в бассейне левой внутренней сонной артерии, снижен в бассейне правой позвоночной артерии, в пределах нормы в бассейне правой внутренней сонной артерии и в бассейне левой позвоночной артерии.

Периферическое сосудистое сопротивление повышено в бассейне левой внутренней сонной артерии и в бассейне правой позвоночной артерии, в пределах нормы в бассейне левой позвоночной артерии.

Во всех бассейнах признаки затруднения венозного оттока.

Поворот головы влево. Пульсовое кровенаполнение снизилось в бассейне правой внутренней сонной артерии и в бассейне левой позвоночной артерии, не изменилось в бассейне левой внутренней сонной артерии и в бассейне правой позвоночной артерии.

В бассейне позвоночных артерий признаки ухудшения венозного оттока.

Поворот головы вправо. Пульсовое кровенаполнение снизилось в бассейне позвоночных артерий и в бассейне правой внутренней сонной артерии, не изменилось в бассейне левой внутренней сонной артерии. Во всех бассейнах венозный отток не изменился.

ЭЭГ:

Фоновая запись. Над обоими полушариями регистрируется дезорганизованный альфа-ритм.

Амплитуда: до 37 мкВ слева (до 36 мкВ справа) максимальная, 17 мкВ средняя. Доминирующая частота: 9,9 Гц. Альфа-ритм доминирует в затылочном – О1А1 отведении слева и в центральном – С4А2 отведении справа.

Над обоими полушариями наблюдается низкочастотный бета-ритм частотой 14-20 Гц амплитудой до 17 мкВ слева (до 11 мкВ справа).

Над обоими полушариями наблюдается высокочастотный бета-ритм частотой 20-35 Гц амплитудой до 21 мкВ слева (до 13 мкВ справа).

Бета-ритм доминирует в затылочных (О1А1, О2А2) отведениях.

Гипервентиляция. Средняя амплитуда альфа ритма увеличилась на 14 %.

Доминирующая частота альфа-ритма 10,5 Гц.

Максимальная амплитуда низкочастотного бета-ритма увеличилась на 7%.

Максимальная амплитуда высокочастотного бета-ритма увеличилась на 2%. Бета-ритм доминирует в затылочных (О1А1, О2А2) отведениях.

После гипервентиляции. Средняя амплитуда альфа-ритма увеличилась на 47 %. Доминирующая частота альфа ритма 10,4 Гц. Альфа-ритм доминирует в центральных (С3А1, С4А2) отведениях.

Максимальная амплитуда низкочастотного бета-ритма увеличилась на 7%.

Максимальная амплитуда высокочастотного бета-ритма увеличилась на 5 %. Бета-ритм доминирует в затылочном – О1А1 отведении слева и в центральном – С4А2 отведении справа.

ЭКГ:

Редкие желудочковые экстрасистолы по типу бигемии с ЧСС 110 в 1 минуту, признаки гипертрофии левого желудочка, метаболические нарушения в миокарде.

УЗС сосудов головы и шеи:

Дистальный отдел плечеголового ствола, проксимальные отделы подключичных артерий, общие, внутренние и наружные сонные, позвоночные артерии в экстракраниальных отделах визуализированы, проходимы.

Комплекс интима-медиа неравномерно утолщен с частичной потерей дифференцировки на слои, включениями солей кальция.

Кровоток симметричный, измененный на фоне экстрасистолии. Извитости ПГС, ОСА, ВСА с обеих сторон.

Позвоночные артерии проходимы, кровоток по ним антеградный D=S. Извитости обеих позвоночных артерий в 1, 2-м сегментах.

Церебральный кровоток симметричный, измененный на фоне экстрасистолии.

Глазное дно: Гипертоническая ангиопатия сетчатки OU. Расширение вен OU.

МРТ: На серии МР-томограмм, выполненных в аксиальной и сагиттальной проекциях, в режимах T1 и T2 ВИ, получены изображения суб- и супратенториальных структур головного мозга.

Определяется диффузное симметричное увеличение интенсивности МР-сигнала белого вещества перивентрикулярной зоны, медиального таламического ядра, дна третьего желудочка, четверохолмия на T2 ВИ и T2 FLAIR. Других очаговых и диффузных изменений интенсивности МР-сигнала не определяется. Подкорковые ядра четко дифференцируются.

Срединные структуры мозга не смещены.

Боковые желудочки ассиметрично расширены (тела до 13-14 мм), 3-й желудочек расширен до 7,5 мм, 4-й желудочек не изменен.

Базальные цистерны мозга, наружное субарахноидальное пространство полушарий мозга и мозжечка расширены, в большей степени в височных и лобно-теменных областях. Борозды расширены, извилины истончены. Атрофия коры лобных долей. Селлярная, цереброспинальная области без особенностей.

Миндалины мозжечка в обычном положении.

На T1-взвешенном изображении с контрастированием во фронтальной плоскости отмечается накопление контраста в сосцевидных телах.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 2

Больной З., 27 лет

Доставлен машиной скорой помощи с диагнозом «Отек легких».

Жалобы при поступлении на: нехватку воздуха, одышку.

Анамнез заболевания: Со слов жены известно, несколько часов назад производил обработку квартиры дихлофосом от насекомых. Через полчаса появилась одышка, стало трудно дышать,

присоединилось слезотечение, слюноотечение, снижение остроты зрения, несколько раз был жидкий стул, с болезненными позывами, учащенное мочеиспускание.

Из хронических заболеваний называет хронический гастродуоденит. Наследственность: гипертоническая болезнь у матери.

Status praesens: Состояние тяжелое. В сознании. Рост 185 см., масса тела 90 кг. Температура тела 36,7 С. Кожные покровы бледные, общий гипергидроз. Видимые слизистые влажные. Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно. Пальпируются только подчелюстные лимфатические узлы, без патологии.

Перкуторный звук притуплен. Границы легких не изменены. Дыхание жесткое, стридорозное. Частота дыхания 30 в 1 минуту.

Верхушечный толчок определяется в V межреберье по среднеключичной линии, усиленный, разлитой. Левая граница сердца - в V межреберье по среднеключичной линии, правая - по правому краю грудины, верхняя - в III межреберье по окологрудинной линии. При аускультации ритм сердечных сокращений правильный. Число сердечных сокращений 59 в минуту. Тоны сердца приглушены. Шумов в сердце нет. Шум трения перикарда отсутствует. Артериальный пульс на лучевых артериях симметричный, частотой 59 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, средней величины. Артериальное давление - S = D 150/90 мм.рт.ст.

Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Зев розового цвета, чистый. Усиленное слюноотделение. Миндалины не увеличены, налетов нет. Живот мягкий, болезненный. Нижний край печени по краю реберной дуги, не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Неврологический статус: В сознании. Наблюдается психомоторное возбуждение. Зрачки D=S, миоз. Объем движений глазных яблок полный. Конвергенция – ослаблена. Фотореакция зрачков на свет ослаблена. Пальпация тригеминальных точек безболезненна. Язык по средней линии.

Фибриллярные подергивания мышц рук. Объем активных движений полный. Тонус мышц немного повышен. Глубокие рефлексы с рук S=D, оживлены; с ног D≤S, оживлены. Подошвенные – abs. Брюшные – abs. Менингеальных знаков и симптомов натяжения нет. ПНП – мимопопадание с обеих сторон. Мелкоамплитудный тремор рук. ПКП – неуверенно с обеих сторон. В позе Ромберга - не проверялось из-за тяжести состояния.

Дополнительные данные к задаче 2

Общий анализ крови: эр. – 4.71 Т/л; □в – 149 г/л; L – 7,4 Г/л; эоз.-0; п/яд. - 5 %; с/яд – 75 %; моноциты - 6 %; лимфоциты - 14 %; СОЭ – 9 мм/час.

Общий анализ мочи: Цвет:с/ж , реакция: щелоч. , белок: нет, удельный вес: 1018; лейкоциты: 2-3-4, эритроциты:2-1-2 , плоские клетки:2-0-1, бактерии +.

Сахар крови:3.66 ммоль/л.

RW, ВИЧ: результат отрицательный .

Биохимия крови: триглицериды – 0.6ммоль/л, мочевины -5.46 ммоль/л, креатинин -88.5 мкмоль/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, билирубин прямой – 0мкмоль/л, билирубин непрямой –15мкмоль/л, АСТ-25, АЛТ- 14, общий белок – 74 г/л, К – 4.0 ммоль/л, Na – 138 ммоль/л.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 3

Больная У., 38 лет.

Доставлена в стационар с направительным диагнозом: «Анемия неясной этиологии».

Жалобы при поступлении на: на общую слабость.

Анамнез заболевания: Анамнез со слов мужа. Ранее работала на химическом производстве, имела контакт с ртутью. В 2010 году собрала вручную 1 литр разлившейся ртути, после чего лечилась по поводу дерматита. В 2010 году больная госпитализирована в ТО по поводу нейроциркуляторной дистонии по гипертоническому типу. Тогда же впервые обнаружено снижение гемоглобина до 87 г\л, ЦП. 1.0. На ФГДС - очаговый атрофический гастрит. От других обследований больная категорически отказалась. В дальнейшем к врачу принципиально не обращалась. Со слов мужа удалось выяснить, что больная из-за внутренних представлений о здоровье ("насмотрелась телевизора") резко ограничила прием пищи. В течение последнего года стала прогрессивно нарастать слабость, нарушилась походка. Последние полгода усилились слабость в конечностях, нарушение координации движений. В течение месяца появилась рвота без причины и на прием пищи. Принимала только соки и минеральную воду. В последний месяц отказалась от еды, питья, в течение около 7 дней находится только в постели, отмечались тошнота, рвота, боли в животе при попытках накормить или напоить ее. В последнюю неделю больная очень мало мочилась, стула не было. По поводу диффузных болей в костях, мышцах, общей слабости вызывали на дом БСМП, вводились какие-то препараты, госпитализация не предлагалась. Амбулаторно взята кровь, обнаружена глубокая анемия, дано направление на госпитализацию.

Наследственность: гипертоническая болезнь у матери.

Перенесенные заболевания: Хронический бронхит, ОРВИ.

Привычные интоксикации: не курит, алкоголь не употребляет.

Status praesens: Общее состояние больной тяжелое из-за обезвоживания, тяжелой анемии. В сознании, заторможена. Крайняя степень истощения. Цвет кожи желто-бледный, пальцы кистей и стоп - синюшные. Красный оттенок волос. ЧДД 24-26 в минуту. АД 60 и 40 мм рт.ст. Пульс нитевидный. Зубы требуют санации. Глотание нарушено. Печень на 3см ниже края реберной дуги. Температура тела 35.5 градусов.

Неврологический статус: Зрачки D=S. Конвергенция – abs. Фотореакция зрачков на свет ослаблена. Объем движения глазных яблок полный. Носогубная складка D≤S. Пальпация тригеминальных точек безболезненна. Небольшая девиация языка вправо. Мелкий тремор языка. Глоточный рефлекс снижен. Объем активных движений оценить невозможно из-за тяжести состояния. Тонус мышц не изменен. Глубокие рефлексы с рук D=S, оживлены; с ног D=S, оживлены. Подошвенные – D=S. Брюшные – abs. Интенционный тремор рук. Патологических рефлексов нет. Менингеальных знаков и симптомов натяжения нет. ПНП – неуверенное выполнение с обеих сторон. ПКП – неуверенно с обеих сторон. В позе Ромберга проверить невозможно из-за тяжести состояния. Легкая дизартрия.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Больной Д., 40 лет.

Поступил в стационар с направительным диагнозом: «Железодефицитная анемия».

Жалобы при поступлении на: общую слабость, быструю утомляемость, головокружение, тупую диффузную головную боль, снижение внимания и памяти, слабость в руках, снижение остроты зрения.

Анамнез заболевания. Данные жалобы появились несколько месяцев назад, появление их ни с чем не связывает. Вначале появилась головную боль тупого характера, слабое головокружение, повышенную утомляемость, затем появилась вялость, раздражительность, нарушение сна, снижение памяти. Далее появилась слабость в руках, они начали «трястись», возникло чувство онемения кистей и стоп. В последний месяц стали беспокоить резкие приступообразные боли в животе. Проходил амбулаторное лечение с диагнозом «железодефицитная анемия», принимал сорбифер по 2 таблетки 3 раза в сутки, без эффекта. В последнюю неделю стал жаловаться на постоянную сонливость.

Анамнез жизни: Работает паяльщиком, занят в основном свинцовой пайкой водородным пламенем.

Наследственность: не помнит.

Перенесенные заболевания: Хронический бронхит, ОРВИ.

Привычные интоксикации: курит по 1 пачке в день около 20 лет, алкоголь не употребляет.

Status praesens: Общее состояние средней степени тяжести. В сознании. Состояние тяжелое. Рост 180 см., масса тела 80 кг. 8. Температура тела 36,6 С. Кожные покровы бледные, сухие. Видимые слизистые влажные, бледно-розовые. Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно. Перкуторный звук над всей поверхностью ясный легочный. Границы легких не изменены. Дыхание жесткое. Хрипов нет. Частота дыхания 19 в 1 минуту.

При аускультации ритм сердечных сокращений правильный. Число сердечных сокращений 86 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены. Шумов в сердце нет. Артериальный пульс на лучевых артериях симметричный, частотой 86 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, средней величины. Артериальное давление - S = D 110/60 мм.рт.ст.

Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Видна лиловато-серая полоска по краю десен. Зев бледно-розового цвета, чистый. Миндалины не увеличены, налетов нет. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени на по краю реберной дуги, не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Неврологический статус: Зрачки D=S. Конвергенция – ослаблена. Фотореакция зрачков на свет живая. Недоведение правого глазного яблока кнутри на 5 мм. Мелкоразмашистый горизонтальный нистагм в крайних отведениях. Носогубная складка D≤S. Пальпация тригеминальных точек безболезненна. Язык прямо. Глоточный рефлекс живой. Объем активных движений полный. Гипотония мышц кистей. Сила мышц в проксимальном отделе рук 4 балла (в основном в разгибателях), в дистальном отделе – 5 баллов, в мышцах ног – 5 баллов. «Свисающая кисть». Глубокие рефлексы с рук D≤S оживлены; с ног D=S, живые. Подошвенные – D=S, торпидные. Брюшные – abs. Мелкоамплитудный тремор рук. Патологических рефлексов нет. Менингеальных знаков и симптомов натяжения нет. ПНП – неуверенное выполнение с обеих сторон. ПКП – неуверенно с обеих сторон. В позе Ромберга пошатывание. Нарушение болевой и температурной чувствительности по типу перчаток и носок.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).

7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .

8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 5

Больной И., 47 лет.

Жалобы при поступлении на: «свист» в голове, усиливающийся при физической нагрузке, стрессе, быстрая физическая утомляемость, снижение памяти на текущие события, периодические эпизоды повышения артериального давления с головной болью, боли в шейном отделе позвоночника.

Анамнез заболевания: 19 декабря 2008 года отравился угарным газом. Был госпитализирован в реанимационное отделение. С того момента появился «свист» в голове, усиливающийся при физической нагрузке, стрессе; быстрая физическая утомляемость, снижение памяти на текущие события, периодические эпизоды повышения артериального давления с головной болью (в момент подъема АД принимает андипал по 1 таблетке). Периодически проходит стационарное лечение с временным эффектом.

Наследственность: гипертоническая болезнь у матери.

Перенесенные заболевания: язвенная болезнь 12-перстной кишки и желудка, хронический бронхит, гипертоническая болезнь.

Привычные интоксикации: курит около 30 лет по 1 пачке в день.

Status praesens: Состояние удовлетворительное. Рост 180 см., масса тела 95 кг. Осанка правильная. Температура тела 36,7 С. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Видимые слизистые влажные, чистые. Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно.

Перкуторный звук над всей поверхностью ясный легочный. Границы легких не изменены. Дыхание жесткое. Хрипов нет. Частота дыхания 16 в 1 минуту.

Верхушечный толчок определяется в V межреберье по среднеключичной линии, усиленный, разлитой. Левая граница сердца - в V межреберье по среднеключичной линии, правая - по правому краю грудины, верхняя - в III межреберье по окологрудной линии. При аускультации ритм сердечных сокращений правильный. Число сердечных сокращений 76 в минуту. Тоны сердца приглушены. Шумов нет. Артериальный пульс на лучевых артериях симметричный, частотой 76 в минуту, повышенного наполнения и напряжения, средней величины. Артериальное давление - S = D 140/70 мм.рт.ст.

Язык розового цвета, влажный, у корня обложен белым налетом. Зев розового цвета, чистый.

Миндалины не увеличены, налетов нет. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени по краю реберной дуги, не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется.

Неврологический статус: Зрачки D=S. Конвергенция – ослаблена. Фотореакция зрачков на свет живая. Объем движения глазных яблок полный. Носогубная складка D≤S. Пальпация тригеминальных точек безболезненна. Небольшая девиация языка вправо. Объем активных движений полный. Тонус мышц не изменен. Глубокие рефлексы с рук D=S, живые; с ног D=S, живые. Подошвенные – D=S. Брюшные – abs. Патологических рефлексов нет. Менингеальных знаков и симптомов натяжения нет. ПНП – неуверенное выполнение с обеих сторон. ПКП – неуверенно с обеих сторон. В позе Ромберга – пошатывание. Болезненность при пальпации остистых отростков на шейном и поясничном уровнях.

№ 6

Больной 48 лет, в течение длительного времени злоупотребляет алкоголем. Около месяца назад стал отмечать онемение в конечностях, больше в кистях и стопах, с постоянно нарастающей слабостью в них, стал неуверенно ходить. При поступлении состояние удовлетворительное, соматической патологии не выявлено. В неврологическом статусе общемозговых и менингеальных симптомов нет, черепные нервы без особенностей, активные движения в конечностях в полном

объеме, выявляются снижение мышечной силы в кистях и стопах, атрофия межкостных мышц на кистях, болезненность при пальпации по ходу нервных стволов конечностей, сухожильные и периостальные рефлексy равномерно снижены, болевая гипестезия по типу высоких перчаток и носков. Анализы крови и мочи без патологии. При люмбальной пункции получен прозрачный бесцветный ликвор вытекающий под нормальным давлением, содержание клеток и белка не увеличено. При электромиографии (ЭМГ) с икроножной мышцы получен денервационный тип кривой (рисунок, А - ЭМГ с икроножной мышцы, максимальное усиление, Б - запись М-ответа: (а) - латентный период М-ответа в дистальной точке, (б) - в проксимальной точке. Разность латентных периодов 12,6 мс, расстояние между точками стимуляции 405 мм, скорость проведения импульса 32 м/с).

Анализ ликвора: цвет - бесцветный, прозрачность - прозрачный, ксаптохромии - нет, цитоз - 3 лимфоцитов, белок - 0.33 мг %, давление 180 мм водного столба

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 7

Больной 41 года после приема алкоголя был обнаружен на улице без сознания. Придя в себя, происшедшие с ним события амнезировал. 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, симптом Кернига с двух сторон. Перкуссия черепа болезненна, больше справа, скуловой симптом Бехтерева справа, зрачки равномерные, фотореакция сохранена. Сглажена левая носогубная складка, правосторонний гемипарез со снижением силы до 3.5 баллов, гиперкинез в пальцах левой кисти, сухожильные рефлексy 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 ступеваны единичные штрихообразные геморрагии, вены заметно расширены, полнокровны. На МР-томографии (Т1-взвешенные изображения), выполненной через 12 дней после травмы отмечается образование с высокой интенсивностью сигнала, прилегающее к коре обеих полушарий (рисунок).

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .

8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 8

Больной Д 48 лет

Жалобы: слабость в ногах, онемение в ногах, больше левой, Тонические сведения в мышцах голени; боль в голеностопных суставах, ограничение движений в левом коленном, правом голеностопном суставах.

Анамнез заболевания: болен с 1996г (после работы в Чернобыле) – появилось онемение в в левой ноге, затем правой, практически сразу присоединилась слабость в ногах, больше в левой.

Симптоматика медленно нарастает в динамике С 2002 года инвалид III группы. С 2005 года – нестабильность, прием гипотензивных препаратов нерегулярный.

Неврологический статус: ЧМН без особенностей, полиневритическая гипестезия в стопах до середины голени, выпадение ахилловых, снижение коленных рефлексов; снижение мышечной силы в проксимальных отделах ног справа 4 балла, слева 2-3 балла, в стопах слева 3, справа 4 балла.

Оцените жалобы и анамнез заболевания. Определите основные синдромы и топик поражения.

Предположительный диагноз заболевания. Какие дополнительные данные обследований необходимы для уточнения диагноза. Этиология и основные механизмы заболевания. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию. Сформулируйте развернутый диагноз. Наметьте план лечения и реабилитации больного. Каков прогноз заболевания?

Общий анализ крови: эр.4.5 , Нв 151, цп 1.01, лейкоц 5.2., эоз 2, п/я 1, сегм 68, мон 5 лимф 24, СОЭ 2

Общий анализ мочи: 1019, белок 0.033, лейкоц, эп.клет, оксалаты +++

ЭКГ: Нормограмма, ритм синусовый. Замедление проведения по правой ножке п Гиса. Умеренные диффузные изменения миокарда

Глазное дно: гипертоническая ангиопатия сетчатки

ЭНМГ: признаки полинейропатии нижних конечностей смешанного типа с поражением моторных и сенсорных волокон

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 9.

Больной 58 лет

Жалобы: на легкую слабость в руках, умеренно выраженную в ногах, преимущественно в проксимальных отделах; на повышенную утомляемость; на поперхивания при еде, невозможность самостоятельно проглотить твердую пищу.

Анамнез заболевания: первые симптомы заболевания отмечает с 2002 года, когда заметил появление слабости в ногах при выраженной физической нагрузке (подъем в гору), чего не наблюдалось ранее. За медпомощью не обращался. Считает себя больным с 2005 года, когда за 7 месяцев похудел на 20 кг, появилась постоянная слабость в ногах при обычных физических нагрузках, затем в руках. Симптоматика за этот период (7 мес) выросла до легкого пареза в руках, умеренно выраженного в ногах. В последующем присоединились легкие бульбарные нарушения в

виде поперхивания при еде, невозможности самостоятельно проглотить твердую пищу. На фоне регулярно проводимой терапии отмечает некоторый регресс неврологической симптоматики. Неврологический статус: недостаточность конвергенции, легкая асимметрия носогубных складок D□S, легкий бульбарный синдром; легкая атрофия мышц плечевого пояса, ярче справа; снижение мышечной силы в проксимальных отделах рук 4 балла, проксимальных отделах ног 3 балла глубокие рефлексы высокие D □ S, без патологических знаков; снижение брюшных рефлексов; указательные пробы выполняет уверенно, покачивание в позе Ромберга. Болезненность паравerteбральных точек в шейном отделе позвоночника.

Глазное дно: 2007 – ДЗН бледно-розовые, границы четкие, артерии склерозированы, сужены, Salus II, вены расширены. Гипертоническая ангиопатия сетчатки

MPT 2005: признаков за объемный процесс на шейном уровне не выявлено. Полисегментарный остеохондроз

ЭНМГ 2005: признаки поражения мотонейрона на цервикальном уровне S□D, косвенные признаки супрасегментарной недостаточности при исследовании верхней конечности D□S и нижних конечностей S□D

Краниограмма: без патологии

Спондилограмма ШО позвоночника: остеохондроз диска между C5-C6 с умеренным снижением высоты диска, деформация C5, C6 позвонков за счет передних остеофитов, обызвествления передней продольной связки на этом уровне. Нестабильность диска между C4 C5 позвонками в фазу максимального разгибания.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 10.

Больной 69 лет

Жалобы: интенсивная боль в шейном, грудном, поясничном отделах позвоночника резко усиливающаяся при движении, иррадиирующие в правую руку, обе ноги; на слабость в ногах, слабость в правой кисти

Анамнез заболевания: 1998 г закрытая сочетанная травма с компрессионным переломом тела L1, состояние после декомпрессивной корпорэктомии L1с передним корпородезом, аллоплантатом от 01.03.98. 2005г – компрессионный перелом тела D6 позвонка. После перенесенных травм беспокоят вышеописанные жалобы.

Неврологический статус: боль паравerteбральных точек, ограниченные движений в шейном, грудном, поясничном отделах позвоночника, умеренно выраженный парез разгибателей правой кисти (2-3 балла), легкий парез в ногах (4 балла), легкая атрофия правой руки, мышц правого надплечья. Глубокие рефлексы с рук D □ S, с ног торпидны D=S, легкий атактический синдром, гипестезия в правой руке; положительные симптомы натяжения

Спондилограмма поясничного отдела: остеохондроз дисков III ст, неравномерное снижение высоты межпозвоночных дисков L2-L3, L3-L4, субхондральный склероз замыкательных пластин. Грубые костные разрастания L2-L3-L4. Деформирующий спондилез II, спондилолистез L4 кпереди.

МРТ(2006) ШОП: полисегментарный остеохондроз шейного отдела позвоночника с нарушением оси, медиальным выбуханием диска С4-С5, признаками умеренной миелопатии на уровне С4-С5, спаечными изменениями оболочечных пространств на указанном уровне

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 11.

Больной 58 лет

Жалобы: 1. Боль в шейном, грудном отделах позвоночника, иррадиирующая в затылок, левое плечо, руку, левую половину грудной клетки; боль постоянная, ноющая, при попытке поворота головы, туловища – «прострел» боли в вышеописанные области (чаще в левую половину груди), сопровождается потемнением в глазах, головокружением, гипергидрозом, изредка эпизодами дезориентации. 2. Выпадение чувствительности в левой руке, левой половине грудной клетки, парестезии в пальцах левой руки. 3. Слабости в правой руке (больше кисти). 4. Парестезии в пальцах ног

Анамнез заболевания: болен около 10 лет, когда появились эпизоды болей в шейном отделе позвоночника с иррадиацией в затылок, амбулаторное и стационарное лечение с частичным положительным эффектом. С 2002г – боль в левой половине грудной клетки эпизодами обострения, проводилось лечение по поводу межреберной невралгии. Примерно с 2006 года иррадиация боли в левое плечо, руку, присоединение онемения, слабости в ней. В динамике отмечает усиление вертеброгенного болевого синдрома, распространения онемения, снижения чувствительности в левом плече, левой ½ грудной клетки нарастающие в динамике; присоединение пароксизмов ВББ недостаточности. С июня 2008 – анестезия в вышеуказанной области
Неврологический статус: недостаточность конвергенции, асимметрия носогубных складок $d < s$, анестезия по сегментарному типу сегмент с уровня С2 до ThX слева; глубокие рефлексы с левой руки abs, правой снижены, с ног высокие $d=s$, без пат.знаков, подошвенные снижены, брюшные abs; легкая атрофия мышц левого предплечья, плеча, надплечья; резко болезненна пальпация мышц надплечья, плечевого сустава; болезненность паравертебральных точек в шейном, грудном отделах позвоночника слева

Спондилограмма шейного отдела: субхондральный склероз замыкательных пластин

Rg правого плечевого сустава –патологии не выявлено

МРТ грудного отдела позвоночника: полисегментарный остеохондроз грудного отдела позвоночника. Расширение заднего субарахноидального пространства, вероятно, за счет расширения венозных структур. МР-признаки атрофии спинного мозга. МР-томографических признаков за объемный процесс, сирингомиелию на грудном уровне не получено

МРТ шейного отдела позвоночника: полисегментарный остеохондроз шейного отдела позвоночника с пролабированием диска С5-С6. МР-томографических признаков за объемный процесс, сирингомиелию на шейном уровне не получено

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).

3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 12.

Больная Л 79 лет

Жалобы при поступлении: интенсивная головная боль, тошнота, рвота, боли в области сердца, гипергидроз

Анамнез заболевания: страдает гипертонической болезнью с повышением АД до 220/...; нерегулярно принимала дибазол, папаверин. 3.10.08 в поликлинике ОКБ (прием к сурдологу) остро развилась сильная головная боль, боли в области сердца, гипергидроз, рвота желчью; зарегистрировано ↑ АД 250/140, с диагнозом «Гипертонический криз, острая гипертоническая энцефалопатия», госпитализирована ревматологическое отделение ОКБ. В последующие дни сохранялось высокое АД 180-200/100, головная боль, рвота. На 3-и сутки с момента заболевания присоединение менингеальная симптоматика.

Неврологический статус: недостаточность конвергенции, асимметрия носогубных складок $d < s$; парезов нет, глубокие рефлексы торпидны $d = s$, рефлекс орального автоматизма. Регресс менингеального синдрома к 10 дню заболевания

Общий анализ мочи: белок 0.03

Общий анализ крови 06.10.08 эр 4.0 Нв 127 цп 0.9 лейкоц 5.6 п 6 сег 70 мон 3 лимф 21 СОЭ 28

Сахар крови: от 5.8 до 7.5

Биохимия крови 06.10: мочевины 14.7 креатинин 92.1 общий белок 74.2 СРБ отр холестерин 6.7 в-липопротеиды 43 АСТ 0.32 АЛТ 0.32 калий 4.1 натрий 139 триглицериды 1.48

ЭКГ: ритм синусовый ЧСС 63; горизонтальное положение ЭОС; гипертрофия ЛЖ и ЛП.

Диффузные метаболические изменения в миокарде

Глазное дно: ДЗН розовые, границы четкие; артерии склерозированы, вены расширены

КТ «Соматом» 06.10. 2008: желудочково-субарахноидальное кровоизлияние. Дисциркуляторная энцефалопатия, внутренняя и наружная гидроцефалия. Последствия ишемических инсультов в бассейне ПЗМА

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 13.

Больная Б, 55 лет

Жалобы: двоение в горизонтальной плоскости при взгляде прямо, влево; на онемение, слабость в правой руке; эпизоды легкой неустойчивости при ходьбе

Анамнез: заболела остро 02.12 – на фоне повышения АД 130/90 (страдает артериальной гипотензией) остро возникло двоение в горизонтальной плоскости при взгляде прямо и влево. За медпомощью не обращалась. 03.12 - присоединились онемение, слабость в правой руке; эпизоды легкой неустойчивости при ходьбе

Неврологический статус: недостаточность конвергенции, недоведение глазных яблок кнаружи при взгляде влево с усилением диплопии, асимметрия носогубных складок, нистагма нет, язык чуть влево; глубокие рефлексы с рук повышены D□S, с ног высокие D□S; снижение мышечной силы в правой руке до 4 баллов. Гипестезия в правой руке. Покачивание в позе Ромберга, ПНП выполняет неуверенно справа

Окулист: дизвергенция, начальная возрастная катаракта, начальная ангиопатия сетчатки обоих глаз ангиосклероз ретинальных сосудов

Общий анализ крови: эр 4.0, Нв 125, цп 0.93, лейкоц 5.55, эоз 1, п 7, сег 63, м 8, л 21, СОЭ 22

Сахар крови: 3.58

ЭКГ: нормограмма. Синусовая аритмия с ЧСС 75-57 в мин. Миграция водителя ритма по предсердиям. Признаки гипертрофии ЛЖ. Диффузные изменения миокарда

Коагулограмма: время свертывания крови 8 мин, АПТВ 34 сек, конц фибриногена в плазме 3.93 , тромбиновое время 11.3 сек, толерантность плазмы к гепарину 6 мин 00 сек, фибринолитическая активность 7.5 %, протромбиновое время 13 сек, гематокрит 1.0 , фибриноген Вотрицат, этаноловый тест отриц.

ЭЭГ: признаки усиления восходящих активирующих влияний неспецифических срединных структур головного мозга

РЭГ: объемное пульсовое кровенаполнение снижено в бассейне позвоночных артерий. Тонус передних и мелких артерий снижен в лПАЛВСА. Периферическое сосудистое сопротивление повышено в бассейне позвоночных артерий. Признаки затруднения венозного оттока.

УЗДГ кровотока по сонным и надблоковым артериям антеградный D=S. Церебральный кровоток D=S. Функционируют передние в правая ЗсОА. Низкая ауторегуляция сосудистого тонуса. Снижение кровотока по 3-4 сегментам ПА, умеренное снижение кровотока по ОА. Венозная дисгемия выражена по глазным, позвоночным венам

МРТ: картина зоны патологической интенсивности МР-сигнала в проекции ствола мозга, соответствующая гематоме в подострой стадии, возможно на фоне каверномы. Смешанная гидроцефалия, атрофия вещества мозга. Рекомендован динамический контроль МРТ

Нейрохирург: внутривенное кровоизлияние на уровне нижних отделов варолиева моста слева от 02.12.07. Клиническая картина представлена легкой очаговой симптоматикой, проявлений гипертензионно-гидроцефального синдрома нет. Показаний к хирургическому лечению, проведения АГ нет.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 14.

Больная Т., 49 лет

Жалобы: диффузная головная боль преимущественно теменно-затылочной локализации, сопровождающаяся тошнотой, рвотой; общая слабость, субфебрилитет

Анамнез заболевания: 17.03.18 при небольшом натуживании остро развилась боль в теменно-затылочной области, повторяющаяся рвота, головокружение. Госпитализирована в неврологическое отделение ЦРБ (аналгин, спазмолитики, мексидол). 18.03 выписана по просьбе больной, сохранялись головная боль, головокружение, тошнота. С 20.03 – субфебрилитет. Направлена с областного приема в стационар по cito.

Неврологический статус: недостаточность конвергенции, болезненность окципитальных точек, легкая ригидность затылочных мышц, 2-х сторонний Кернига

Общий анализ крови: эр 4.6, Нв 159, цп 1, лейкоц 9.0. с 85, мон 3, лимф 12, СОЭ 35

Глазное дно: ангиопатия сетчатки Свертываемость крови 8 мин. Сахар крови 5.6

Ликвор 24.03: желтый, мутный, цитоз 351 (40%нейтрофилы, 60% лимфоциты), белок 0.33, Пандисл +, Апелтаотрицат, хлориды 100. После центрифугирования ликвор ксантохромный, в осадке эритроциты 8200

ЭКГ: ритм синусовый ЧСС 75, нормальное положение эос, замедление проведения по правой ветви п.Гиса. Признаки гипертрофии левого желудочка с изменениями миокарда

КАЦГ: мешотчатая аневризма ПВСА в зоне отхождения ПСМА.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№15.

Больной 58 лет

Анамнез заболевания: 27.12.08 обнаружен дома в бессознательном состоянии, доставлен в стационар

Неврологический статус: при поступлении кома I, выраженная менингеальная симптоматика.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови 13.01.09: эр 3.4 Нв 103 цп 0.9 лейкоц 8.25 эоз 2 пал 1 сег57 мон7 лим33 СОЭ 42

Общий анализ мочи 05.01.09: белок 0.198. Сахар крови: колебания от 2.7 до 5.7

Биохимия крови 05.01.09: мочевины 3.0 креатинин 51.8 общий белок 60.0 билирубин пр 0 , непр 8.7, калий 4.4 натрий 125 сахар 8.6 Са 1.14. ФГ 2008: без патологии.

Ликвор 27.12.08: эритроциты 50.000, цитоз 30 (н90%, л10%)

Ликвор 04.01.09 эритроциты 2500, цитоз 19 (н5, л14) белок 0.165

МСКТ 29.12.98: субарахноидальное кровоизлияние в бассейне оболочечных пространств текториальной вырезки с распространением на межполушарную щель

ЭКГ 27.12.08: вертикальное положение ЭОС ритм синусовый ЧСС 100, нарушение внутрижелудочковой проводимости

Глазное дно 27.12.08: признаков застоя нет; ход и калибр сосудов не изменен

ЭхоЭС 27.12.08: м-эхо по средней линии;

Двухсторонняя каротидная ангиоцеребрография 21.01.09 диффузный атеросклероз сосудов каротидного бассейна без грубого нарушения кровообращения

ЭЭГ 12.0.2009: легкие изменения биоэлектрической активности общемозгового характера.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).

2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 16.

Больной А, 57 лет

Жалобы: постоянное головокружение (уплывание почвы), шаткость при ходьбе; изменение голоса, легкая дизартрия; скованность, замедленность движений, больше в ногах; прогрессирующее снижение памяти; эпизоды фотопсии; нестабильность АД

Анамнез заболевания: страдает гипертонической болезнью, не обследовался, не лечился.

06.03.07 остро развилось нарушение координации движений, головокружение, слюнотечение, нарушилась речь, онемение, слабость в левых конечностях. За медпомощью не обращался.

Вышеописанные симптомы частично регрессировали, присоединились скованность движений, прогрессирующее снижение памяти. Обратился на прием в декабре 2007, проводилась стационарное лечение по месту жительства

Неврологический статус: недостаточность конвергенции, легкий центральный парез мимической мускулатуры слева, дизартрия; оживление глубоких рефлексов с легкой анизорефлексией S>D, яркие рефлексы орального автоматизма; умеренно выраженный акинетико-ригидный синдром; умеренное снижение когнитивных функций; легкая статическая, указательные пробы ПНП мимопопадание слева, ПКП – легкая интенция; болезненность паравертебральных точек в шейном отделе позвоночника.

Общий анализ крови эр.4.3, Нв 130, цп 0.9, лейкоц 6.5., эоз 1, п/я 2, сегм 67, мон 2 лимф 28, СОЭ 8

Общий анализ мочи: без патологии

Сахар: 4.0 ФГ: 2007 без патологии Кровь на RW 12.07: отрицательный

Биохимия крови: мочевины 6.6, креатинин 79, холестерин 5.2, билирубин пр 1.3, непр 8.7, калий 2.7, натрий 155

ЭКГ: ритм синусовый, эос отклонена влево ЧСС 62 в мин, Единичные суправентрикулярные экстрасистолы. Вегетативные влияния на миокард. Нарушение реполяризации

Глазное дно: атеросклеротический ангиосклероз сетчатки

УЗДГ: кровоток по сонным артериям измененный, локация ВСА затруднена, справа под углом к н/челюсти лоцируется ускоренный поток (артериальный? венозный?). Кровоток по надблоковым антеградный D=S, церебральный кровоток S=D. Функция соединительных артерий недостаточная.

Карйне низкий вазодилататорный резерв. Редукция кровотока по 3-4 сегментам ПА, снижен кровоток по ОА (вертебро-базилярная недостаточность в ст субкомпенсации)

ЭЭГ: признаки усиления восходящих активирующих влияний неспецифических срединных структур головного мозга

РЭГ: объемное пульсовое кровенаполнение снижено в позвоночных артериях. Тонус средних и мелких артерий снижен во всех бассейнах. Периферическое сосудистое сопротивление в пределах нормы. Вертеброгенное воздействие на гемодинамику

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).

6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 17.

Клиническая ситуация.

Больная Г., 57 лет

Жалобы: неловкость движений в правой кисти

Анамнез заболевания: сегодня утром, после психо-эмоционального напряжения, остро развилась слабость в правой руке, нарушилась речь, была кратковременно дезориентирована. Была осмотрена участковым врачом, зарегистрировано ↑ АД 170/100, сделаны магния, эуфиллин, парацетам. По cito доставлена в стационар. В течение 2 лет сахарный диабет II тип, регулярно принимает глибамид 1т 2 р/д

Неврологический статус при поступлении: недостаточность конвергенции, легкий центральный парез мимической мускулатуры справа, глубокие рефлексy D=S; мышечная сила в правой кисти 4-4.5 балла; проба Барре отрицательный; чувствительных расстройств нет; координаторно-статических расстройств нет; очаговых корковых выпадений нет

Очаговая неврологическая симптоматика регрессировала в течение суток

Общий анализ крови: эр 4.5 Нв 149, цп 0.99, лейкоц 5.4, э 0, сегм 66, мон 6 лимф 28,

Общий анализ мочи: 1014, белок 0.01, эпкл 10-20, лейкоц 30-40, эр 1-0-1

Сахар крови: 5.68-11.3

ЭКГ: ритм синусовый ЧСС 63 в мин. ЭОС не отклонена Признаки гипертрофии ЛЖ. Умеренный диффузные изменения в миокарде.

Глазное дно: ангиосклероз сетчатки по гипертоническому типу. Миопия средней степени

УЗДГ: кровоток по сонным артериям умеренно измененный, по надблоковым антеградный D=S.

Церебральный кровоток гиперкинетического типа D=S. ПСоА функционирует. Снижен вазодилататорный резерв. Редукция кровотока по 3-4 сегментам ПА, ОА. Функционируют обе ЗСоА.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 18.

Больная Т 49 лет

Жалобы: на выраженное головокружение, тошноту, повторяющуюся рвоту, невозможность самостоятельно передвигаться из-за головокружения.

Анамнез заболевания: страдает гипертонической болезнью, прием гипотензивных препаратов эпизодический. Заболела остро 22.01.08, когда на фоне ↑ АД 170/100 остро развилось системное головокружение, рвота, атаксия. Доставлена в стационар

Неврологический статус при поступлении: недостаточность конвергенции, среднеамплитудный разнонаправленный нистагм (горизонтальный с ротаторным компонентом, вертикальный,

конвергирующий), лицо симметрично; глубокие рефлексy D=S; выраженная статическая атаксия, указательные пробы выполняет уверенно. Очаговая неврологическая симптоматика полностью регрессировала к концу первых суток.

Общий анализ крови: эр 3.0 Нв 91, цп 0.91, лейкоц 8.2, э 1, п 1, сегм 66, мон 7 лимф 25, микро-, анизохромия, СОЭ 24. Общий анализ мочи: без патологии. Сахар крови: 3.18

Глазное дно: ангиопатия сетчатки. ЭКГ: горизонтальное положение эос, ЧСС 62. Ритм синусовый, правильный. Замедление проведения по правой ножке п. Гиса. Гипертрофия ЛЖ

Спондилограмма шейного отдела позвоночника: признаков нестабильности не определяется в обе фазы

УЗДГ: кровоток по сонным и надблоковым артериям антеградный. D=S. Церебральный кровоток гиперкинетического типа D=S. ПСоА функционирует. Вазодилататорный резерв умеренно снижен. Умеренно снижен кровоток по 3-4 сегментам ПА, ОА. Функционируют передняя левая ЗСоА. Лоцируется прямой синус 43мм (N28-30)

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 19.

Больная Ц., 75 лет

Жалобы: ограничение движений, слабость в правых конечностях, диффузная головная боль, шум в голове

Анамнез заболевания страдает гипертонической болезнью, не обследовалась, гипотензивные препараты не получала. 07.01.08 остро развились онемение, слабость в правых конечностях, частичное нарушение речи. Госпитализирована.

Неврологический статус при поступлении: недостаточность конвергенции, легкая асимметрия носогубных складок D<S, глубокие рефлексy повышены S>D, пирамидный гипертенус в правой ноге; мышечная сила в правых конечностях 1.5-2 балла; глубокие рефлексy D<S, Маринесу-Радовичи слева; правосторонняя гемигипестезия.

В течение суток гемипарез частично регрессировал до легкого в ноге, умеренно выраженного в кисти. В динамике регресс гемипареза до рефлекторного

Общий анализ крови: эр 5.3 Нв 167, цп 0.94, лейкоц 8.2, э 2, сегм 70, мон 3 лимф 25, СОЭ 10

Общий анализ мочи: 1002, белок нет, эплк 0-1, лейкоц 0-1. Бактерии ++++

Сахар крови: 6.44. Глазное дно: ангиосклероз сетчатки. ЭКГ: правограмма, ритм синусовый ЧСС 100 в мин.

УЗДГ: кровоток по сонным артериям измененный, ускоренный по левой ВСА (стеноз левой ВСА?) по надблоковым антеградный D=S. Церебральный кровоток снижен. Крайне низкий вазодилататорный резерв снижен. Снижен кровоток по 3-4 сегментам ПА, особенно слева, низкий кровоток по ОА.

ФГДС: рубцы пилоробульбарной зоны. Бульбит. Смешанный гастрит

Рентгенограмма правого лучезапястного сустава: перелом лучевой кости в типичном месте; выраженный остеопороз

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№20.

Больная Р., 52 года

Жалобы: спонтанно возникающие эпизоды тремора в туловище, конечностях; регрессируют самостоятельно. Неустойчивость при ходьбе; эпизоды головокружения смешанного характера, головную боль, в шейном отделе позвоночника с иррадиацией в затылок

Анамнез заболевания: в декабре 2005 перенесла ОНМК в ВББ, после чего появились эпизоды головокружения, спонтанно возникающие и регрессирующие насильственные движения, тремор в конечностях, туловище

Неврологический статус: рассеянная микроочаговая симптоматика, легкая статическая атаксия.

Тремор в туловище, конечностях ситуационно обусловлен, разнообразен по выраженности и клинике (от неритмичного тремора в одной или обеих ногах, в одной (обеих) руках, чаще левой, вплоть до «пляски св. Витта», исчезает при отвлечении, купируется введением изот.р-ра.

Общий анализ крови: Нв 118, лейкоц 7.6, п 1, с 73, м 5 л 21 СОЭ 20

Общий анализ мочи: без патологии

Биохимия крови: мочевины 5.4, холестерин 4.5, β ЛП 26, сахар 4.9.

ФГ: усиление рисунка за счет сосудистого компонента

ЭКГ: ритм синусовый ЧСС 90 в мин, нормограмма.

УЗИ: диффузные изменения в печени и поджелудочной железе. Удвоение правой почки

Гинеколог: патологии не выявлено

МРТ 2006: признаки недостаточности ВББ, последствия ОНМК в бассейне ПЗМА.

Дисциркуляторная энцефалопатия, умеренно выраженная наружная гидроцефалия

Осмотрена психиатром: соматоформные дисфункции вегетативной нервной системы.

Окулист: ангиопатия сетчатки

ЭЭГ: признаки усиления восходящих активирующих влияний неспецифических срединных структур мозга Локальной и пароксизмальной активности не выявлено

РЭГ: объемное пульсовое кровенаполнение снижено в бассейне позвоночных артерий. Тонус средних и мелких артерий в пределах нормы. Периферическое сосудистое сопротивление повышено. Во всех бассейнах признаки затруднения венозного оттока.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 21.

Больная Л., 61 год

Жалобы: выраженную общую слабость, головокружение, боль в правой половине грудной клетки, выраженную боль в левом голеностопном суставе

Анамнез заболевания страдает гипертонической болезнью, ИБС, стенокардия напряжения, ХСН. В течение года беспокоила одышка и загрудинная боль при ходьбе. 21.01.08 на приеме в поликлинике после приема 2 таблеток нитросорбида остро развилась выраженная общая слабость, головокружение. При осмотре пульс слабый, АД не определяется. Диагностировано коллаптоидное состояние, на фоне которого развился генерализованный эпилептический приступ. Упала. В послеприступном периоде вышеописанные симптомы

Неврологический статус при поступлении: недостаточность конвергенции, торпидность глубоких рефлексов повышены S=D, мышечная сила в левой руке 4.5 балла; Маринесу-Радовичи двусторонний;

Общий анализ мочи: 1024, белок 0.03, эплк 0-1, лейкоц 0-1

Общий анализ крови: эр 3.9 Нв 123, цп 0.94, лейкоц 5.0, э 1, п 1, сегм 56, мон 5 лимф 37 СОЭ 20. ЭКГ: эос отклонена влево, блокада передней верхней ветви ЛНПГ. Признаки ГЛЖ. Диффузные изменения миокарда

Рентгенограмма органов грудной клетки: легкие расправлены, прозрачны, синусы свободны, органы средостения не смещены. Травматических изменений ребер не определяется

Рентгенограмма левого голеностопного сустава: полный вывих большеберцовой кости, перелом нижней трети диафиза малоберцовой кости со смещением

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 22.

Больная М., 66 лет

Жалобы: нарушение походки (мелкими шагами), слабость в ногах (плохо слушаются); эпизоды головокружения несистемного характера; чувство внутренней дрожи

Анамнез заболевания: неуверенность в ногах заметила примерно в 2004 году, в динамике нарастала, присоединилось чувство внутренней дрожи, эпизоды несистемного головокружения. Регулярно стационарное лечение. С ноября 2006 года переведена на лечение препаратами, содержащими L-допу (наком) с положительным эффектом в виде уменьшения ригидности мышц, уменьшения скованности при ходьбе. Препарат отменен из-за побочного действия. Непереносимость пронорана. Проводятся курсы дезагрегантов, ноотропов, гипотензивные препараты (эгилок 25 2 р/д).

Неврологический статус: недостаточность конвергенции, асимметрия носогубных складок $D \leq S$; глубокие рефлексы с рук $S > D$, слева слабо положит кистевой М-Радовичи; в ногах $S \geq D$ без патологических знаков. В конечностях мышечная гипотония. Гипомимия, снижение когнитивных функций. ПНП с легкой интенцией слева, в п. Ромберга устойчива

Общий анализ крови: эр 4.2 Нв 159, цп 1.1, лейкоц 4.7. с 51, мон 4, лимф 45, СОЭ 16

Сахар: 5.12. Общий анализ мочи: без патологии

ЭКГ: ритм синусовый, левограмма, признаки гипертрофии ЛЖ

ЭЭГ: признаки усиления восходящих активирующих влияний неспецифических срединных структур мозга.

РЭГ: объемное пульсовое кровенаполнение повышено. Тонус средних и мелких артерий в норме. Периферическое сосудистое сопротивление повышено во всех бассейнах. Во всех бассейнах признаки затруднения венозного оттока

Глазное дно: ангиосклероз сетчатки; афакия, сухая форма центральной дегенерации сетчатки ОУ. ФГ 2007 пневмосклероз, возрастные

УЗДГ: кровоток по сонным артериям демпфированный, по надблоковым антеградный D=S.

Церебральный кровоток снижен. Функционирует ПСоА. Крайне низкий вазодилататорный резерв.

Редукция кровотока по 3-4 сегментам ПА с вертеброгенными воздействиями на гемодинамику.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 23.

Больной А, 55 лет

Жалобы: шум в ушах, эпизоды головокружения несистемного характера, головную боль преимущественно в теменно-затылочной области, усиливающуюся при наклонах, натуживании, при резких движениях головой; усиливаются к вечеру и в положении лежа; на снижение слуха с обеих сторон, снижение памяти. Боль, ограничение движений в левом плечевом суставе.

Анамнез заболевания: с 1983 года эпизодически шум в голове, головная боль (после электротравмы, сильного испуга). В 1986 году с-м ВСД, неврастения. В последующем лечение по поводу шейного остеохондроза. 1995 год - невралгия левого лучевого нерва с полным регрессом пареза разгибателей кисти. В течение последних лет нестабильность АД, прием гипотензивных препаратов эпизодический. Усиление цефалгического синдрома с ноября 2007 – после перенесенного двустороннего этмоидита, наложения синус-катетера на обе группы придаточных пазух носа.

Неврологический статус: рассеянная микроочаговая симптоматика: недостаточность конвергенции, асимметрия носогубных складок D<S, оживление глубоких рефлексов, болезненность паравертебральных точек в шейном отделе позвоночника, незначительно ограничение амплитуды движений в левом плечевом суставе.

Общий анализ крови: эр 3.9, Нв 129, цп 0.99, лейкоц 6.7., эоз 2, п 0, с 54, мон 8, лимф 36 СОЭ 14

Общий анализ мочи: без патологии Сахар крови: 4.4

Кровь 12.07 RW ВИЧ: отрицат ФГ 07 без патологии Крови RW 08.07: отрицательный

ЭКГ: Левограмма. Ритм синусовый. Гипертрофия ЛЖ

Окулист: гипертоническая ангиопатия сетчатки . Начальная катаракта

Краниограмма: без костной патологии

УЗДГ: кровоток по сонным и надблоковым артериям антеградный D=S. Церебральный кровоток нормокинетического типа. Функционирует ПСоА. Вазодилататорный резерв снижен умеренно.

Умеренное вертеброгенное воздействие на церебральную гемодинамику. Лоцируется прямой синус 44мм (N 28-30)

ЭЭГ: признаки раздражения гипоталамических структур головного мозга. I ст

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 24.

Больная С., 51 год

Жалобы: боль в шейном отделе позвоночника с иррадиацией в правый плечевой сустав; боль в пояснице и иррадиацией в левую ягодицу; эпизоды онемения в левой половине лица, выраженная общая слабость.

Анамнез заболевания: боли в поясничном отделе позвоночника с эпизодами обострения и ремиссии в течение, примерно, 10 лет. Около месяца – боль в шейном отделе. Настоящее ухудшение с середины сентября 2018 в виде усиления вертеброгенного болевого синдрома
Неврологический статус недостаточность конвергенции, асимметрия носогубных складок; легкий вертеброгенный болевой синдром на шейном и поясничном уровнях, выраженная болезненность окципитальных точек, дистальный гипергидроз, ограничение движений в правом плечевом суставе.

Спондилограмма поясничного отдела диффузный остеохондроз; дегенеративно-дистрофические изменения в виде центральной хрящевой грыжи L4; передние и боковые остеофиты L3, L4 позвонков

Rg-грамма правого плечевого сустава: остеопороз костей акромиального сочленения, краевые костные разрастания

Спондилограмма шейного отдела позвоночника: признаки остеохондроза во II ст

ЭЭГ: признаки умеренно выраженной дезорганизации биоэлектрической активности головного мозга. Локальной и пароксизмальной активности не выявлено

УЗДГ: кровоток по сонным и надблоковым артериям антеградный. При ТКДГ лоцируется гемодинамически значимое ускорение кровотока по правой СМА (250/180 см/сек), локальный сосудистый спазм. Функционирует ПСоА. Снижен кровоток по 3-4 сегментам ПА с вертеброгенным воздействием на церебральную гемодинамику.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 25.

Больной 42 года

Жалобы: ограничение движений в плечевом суставе справа, похудание мышц плеча и плечевого пояса справа, слабость в мышцах плеча, плечевого пояса справа; боль в правом плечевом суставе при движении

Анамнез заболевания: заболел остро, когда после пробуждения появились вышеописанные симптомы. Лечение по месту жительства с частичным положительным эффектом. Появление симптомов связывает с полученной за 7 дней до этого ударом в область плеча.

Неврологический статус: гипотрофия мышц надплечья, плеча, мышц лопатки справа; ограничение движений в правом плечевом суставе на 50%, подъем руки вверх на 40-500; снижение мышечной силы в проксимальной группе мышц плеча 5 баллов; чувствительных выпадений нет; глубокие рефлексы с рук: справа отсутствует карпо-радиальный, снижен с m.biceps, слева норма; с ног d=s, без патологических знаков.

Спондилограмма шейного и грудного отдела: ось позвоночника правильная, ротация Th2 Th3. Межпозвоночные щели C6-7 неравномерны, склероз замыкательных пластин, позвоночные площадки уплощены, заострены. Передние и боковые экзостозы в виде «шипов» до 0.1-0.2 см в сегментах C5-6-7, Th 6-7; до 0.2-0.3 см в сегменте Th3-4. Тела обызвествлены в сегментах C6-7.

Дегенеративно-дистрофические изменения тел позвонков I ст, хондроз межпозвоночных дисков I-II ст. Деформирующий спондилез. Обызвествление продольной связки

Рентгенограмма правого плечевого сустава: деструктивных изменений нет

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№26.

Жалобы: слабость в ногах, онемение в ногах, больше левой, Тонические сведения в мышцах голени; боль в голеностопных суставах, ограничение движений в левом коленном, правом голеностопном суставах.

Анамнез заболевания: болен с 2016г – появилось онемение в в левой ноге, затем правой, практически сразу присоединилась слабость в ногах, больше в левой. Симптоматика медленно нарастает в динамике.

Неврологический статус: ЧМН без особенностей, полиневритическая гипестезия в стопах до середины голени, выпадение ахилловых, снижение коленных рефлексов; снижение мышечной силы в проксимальных отделах ног справа 4 балла, слева 2-3 балла, в стопах слева 3, справа 4 балла.

ЭНМГ: признаки полинейропатии нижних конечностей смешанного типа с поражением моторных и сенсорных волокон

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).

6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 27.

Больная Б, 27 лет

Жалобы: интенсивная боль в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией по задней поверхности правой ноги в стопу; резко усиливается при попытке движения, смене положения тела.

Анамнез заболевания: в течение примерно 3-4 лет после физической нагрузки ноющего характера боли в пояснице, регрессировали самостоятельно. 2 года назад приступ люмбагии, регрессировал полностью на фоне НПВС. Настоящее ухудшение с первых чисел октября в виде появления нарастающей в динамике боли о задней поверхности правой ноги с иррадиацией в пояснице, тонические сведения мышц голени. Проводимая терапия с кратковременным эффектом. Болевой синдром в динамике усилился до резко выраженного.

Неврологический статус: анталгическая поза, резко болезненны движения; резко положительный Лассега слева 50 0, справа 10 0. Резкое напряжение продольных мышц спины, резко болезненна пальпация паравертебральных точек, ярче справа. Сглажен поясничный лордоз.

Спондилограмма поясничного отдела: признаки остеохондроз II стадии

МРТ: Задняя, срединная с умеренной правосторонней латерализацией, грыжа диска L4-L5 с ликворным блоком дурального пространства на указанном уровне

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№28.

Больная Б 19 лет

Жалобы: постоянная ноющая, с эпизодами усиления боли в области копчика, усиливающаяся при движении.

Анамнез заболевания: вышеописанная боль появилась остро , сразу после родов. Неврологический статус: без очаговых выпадений

МРТ: данных за патологию пояснично-крестцового отдела позвоночника не получено

Rg-грамма крестцово-копчикового сочленения: угловая деформация в зоне сочленения крестца и копчика. Дегенеративных изменений в крестце и копчике не выявлено

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).

6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№29.

Больная К., 67 лет

Жалобы: интенсивную боль в области правой орбиты с иррадиацией в правую половину головы; опущение правого века; шум в голове пульсирующего характера с иррадиацией в ухо; двоение в глазах; отсутствие движений в правом глазном яблоке, экзофтальм справа, гиперемия конъюнктивы.

Анамнез заболевания: заболела остро, когда после пробуждения почувствовала интенсивную боль в области правой орбиты с иррадиацией в правую половину головы; шум в голове пульсирующего характера; возникло опущение правого века; двоение в глазах; отсутствие движений в правом глазном яблоке, отечность правой орбиты.

Длительно страдает гипертонической болезнью, прием гипотензивных препаратов регулярный
Неврологический статус при поступлении: справа: экзофтальм, птоз, офтальмоплегия, зрачок широкий, фотореакция отсутствует, гиперемия конъюнктивы, гипестезия в зоне иннервации I, II ветвей V пары, резко болезненна точка выхода I ветви, резко болезненна пальпация глазного яблока. Лицо симметрично, язык прямо. Глубокие рефлексы D=S. Координаторно-статический расстройств нет.

Окулист: OD хемоз, экзофтальм, отсутствие движений кнаружи, резко ограничены верх, кнутри, ДЗН розовый, границы четкие, артерии узкие. Салус I II

МРТ: картина наружной заместительной гидроцефалии. Очаговые изменения вещества мозга дистрофического характера (перивентрикулярно множественные очаги демиелинизации неправильной формы). Подоболочечный отек правого зрительного нерва. Экзофтальм справа
УЗДГ: кровоток по сонным артериям измененный, по надблоковой слева антеградный, справа в области угла глаза лоцируется ускоренный до 150 мм, венозный поток в глазной вене с редукцией кровотока при компрессии правой ОСА. При трансорбитальной ДГ кровоток по сифонам ВСА D=S. Церебральный кровоток D=S. Низкий вазодилаторный резерв. Заключение: выраженная венозная дисгемия по глазной вене справа с признаками артеризации потока и редукции при компрессии правой ОСА

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№30.

Больная К., 72 года

Жалобы: боль в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией по задней поверхности правой ноги до большого пальца; жжение в области правой голени; периодически головная боль диффузного характера, эпизоды головокружения несистемного характера; боль в тазобедренных суставах и коленном суставе справа

Анамнез заболевания: длительно страдает полисегментарный многоуровневым остеохондрозом. Около 2-х лет назад боль в пояснице значительно усилилась и стала иррадиировать в правую ногу. Жжение в голени в течение многих лет. После операции по эндопротезированию левого тазобедренного сустава жжение в левой ноге значительно уменьшилось, в правой сохраняется. Неврологический статус: недостаточность конвергенции, ограничение движений в ногах из-за боли в тазобедренных суставах и коленном суставе справа; оживление глубоких рефлексов с рук D>S, коленные D=S, ахилловы снижены D=S, рефлексы орального автоматизма; покачивание в позе Ромберга; гипестезия в правой голени; напряжение продольных мышц спины в поясничной области, болезненность паравертебральных точек в поясничном отделе позвоночника; + симптомы натяжения

МРТ: картина дегенеративно-дистрофических изменений пояснично-крестцового отдела позвоночника. Грыжа диска L4-5. Спондилоартроз. Спондилолистез.

Спондилограмма: сколиоз влево, тела позвонков остеопорозны, высота их не изменена.

Межпозвонокковые пространства сужены, клиновидно деформированы. Выраженный субхондральный склероз замыкательных пластин. Остеофиты переднего и заднего края L1 L2 L3 L4 L5.

УЗДГ: кровоток по сонным артериям измененный, по надблоковым антеградный D=S. Церебральный кровоток нормокинетического типа D=S. Вазодилаторный резерв умеренно снижен. Признаки экстравазальной компрессии II сегментов ПА III-IV ст, снижен кровоток по ОА.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№31.

Бльная Н., 36 лет

Жалобы: слабость в правой стопе, ноющая боль, чувство тяжести в пояснице

Анамнез заболевания: около 5 лет боли в пояснице с эпизодами обострения, последующим регрессом симптоматики на фоне лечения. Ухудшение с августа 2008 0 остро развитие интенсивной боли в пояснице, слабость в правой стопе. На фоне лечения практически полный регресс болевого синдрома, выраженность пареза стопы без динамики

Неврологический статус: гипестезия S1 справа, выпадение ахилл рефлекса справа, умеренно выраженный парез разгибателей правой стопы (2-3 балла).

Спондилограмма поясничного отдела: снижение высоты дисков, остеофиты, субхондральный склероз замыкательных пластин

УЗИ почек: без патологии

МРТ: полисегментарный остеохондроз пояснично-крестцового отдела. Правосторонняя парамелиальная, с умеренной каудальной направленностью экструзия диска L5-S1 (5мм), умеренно воздействующая на правый корешок. Медиальная протрузия диска L4-L5 на фоне задних экзостозов и дегенеративных изменений смежных с диском позвонков

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).

3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№32.

Больной К., 53 лет

Жалобы: на слабость и онемение в руках (больше справа), слабость в ногах.

Анамнез заболевания: 4 дня назад появилась слабость и онемение в правой руке, через два дня присоединилась слабость в левой руке. Сегодня утром почувствовал легкую слабость в ногах. За неделю до появления данных симптомов был эпизод переохлаждения без катаральных явлений.

Неврологический статус: недостаточность конвергенции. Движения ограничены в правой руке.

Гипотония в верхних конечностях. Мышечная сила в правой руке-3 б., в левой-4 б.; в ногах-4 б. в проксимальных отделах, 5б.-в дистальных. Сухожильные рефлексы с рук и ног снижены.

Гипестезия в кистях, ногах (стопы, до уровня 1/3 голени).

Консультация окулиста: глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розовые, контуры чёткие, артерии сужены, склерозированы. Салюс 2. Макулярная зона в норме. Заключение: ангиосклероз сетчаток обоих глаз.

МРТ шейного отдела позвоночника: Полисегментарный остеохондроз шейного отдела позвоночника с дегенеративно-дистрофическими изменениями дисков во 2ой стадии, с пролабированием дисков С4-С5-С6 в просвет позвоночного канала на фоне небольших краевых экзостозов смежных позвонков и умеренной гипертрофии жёлтой связки, с незначительным сужением позвоночного канала. МР-томографических признаков за объёмный процесс и очаговую патологию спинного мозга на шейном уровне не выявлено.

ЭНМГ: негрубо выраженные ЭМГ-признаки денервационных изменений в исследованных «ключевых» мышцах верхних и нижних конечностях. Мозаичные ЭНМГ-признаки полиневропатии смешанного (аксонального, демиелинизирующего) типа, с негрубыми кондуктивными нарушениями.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№33.

Больная Ц., 68 лет

Жалобы: на постоянные боли в правой половине лица, усиливающиеся при движении, затрудняющие прием пищи и речепродукцию; на головокружение при смене положения тела.

Анамнез заболевания: боли в лице беспокоят 4 года после перенесенного стресса; усиление головных болей отмечает в течение последнего года

Неврологический статус при поступлении: болезненность точек выхода тройничного нерва справа, гипестезия в зоне иннервации I и II ветвей. Движения конечностей в полном объеме. Мышечная сила 5 б. во всех группах. Анизорефлексия. В п.Ромберга неустойчива.

КТ головного мозга: КТ-признаки дисциркуляторной энцефалопатии с сосудистой недостаточностью преимущественно в каротидном бассейне. Умеренно выраженная наружная и внутренняя гидроцефалия.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№34.

Больной 48 лет.

Жалобы: слабость в руках, ногах.

Анамнез: в течение длительного времени злоупотребляет алкоголем. Около месяца назад стал отмечать онемение в конечностях, больше в кистях и стопах, с постоянно нарастающей слабостью в них, стал неуверенно ходить.

При поступлении состояние удовлетворительное, соматической патологии не выявлено.

В неврологическом статусе общемозговых и менингеальных симптомов нет, черепные нервы без особенностей, активные движения в конечностях в полном объеме, выявляются снижение мышечной силы в кистях (4 балла) и стопах (3 балла), атрофия межкостных мышц на кистях, болезненность при пальпации по ходу нервных стволов конечностей, сухожильные и периостальные рефлексы равномерно снижены, болевая гипестезия по типу высоких перчаток и носков.

ЭНМГ: признаки аксонального поражения периферических нервов рук, ног.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№35.

Больная Т., 43 года

Жалобы: асимметрия лица; ноющая, боль в левом ухе.

Анамнез заболевания: заболела остро, после переохлаждения: боль в области внутреннего слухового прохода, появление асимметрии лица, слезотечение слева.

Неврологический статус: умеренно выраженный парез мимической мускулатуры слева, герпетические высыпания в области внутреннего слухового прохода.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№36.

Больной А, 53 года

Жалобы: слабость в ногах (проксимальные отделы), плечом поясе, похудание мышц плечевого пояса.

Анамнез заболевания: слабость в ногах заметил около 10 лет назад, за медпомощью не обращался. Слабость в ногах медленно нарастала в динамике (ощущается при подъеме по лестнице, на высоту) Неврологический статус: недостаточность конвергенции, диффузная мышечная гипотония, снижение мышечной силы с проксимальных отделов рук, ног до 4 баллов; атрофия мышц плеч, плечевого пояса, единичные фибрилляции в мышцах плеча; глубокие рефлексы с рук живые D=S, коленные снижены D=S, ахилловые отсутствуют D=S, брюшные живые D=; чувствительных, координаторно-статических расстройств нет

ЭНМГ: ЭМГ-признаки соответствуют денервационно-реиннервационным изменениям мышц плечевого пояса и ног, более характерным для «переднерогового» поражения

Спондилограмма шейного, поясничного отделов: остеохондроз дисков со снижением высоты дисков, грубыми остеофитами, субхондральным склерозом замыкательных пластин, деформирующий спондилоартроз

УЗДГ: кровоток по сонным артериям измененный, локация ВСА затруднена, справа под углом к н/челюсти лоцируется ускоренный поток (артериальный? венозный?). Кровоток по надблоковым антеградный D=S, церебральный кровоток S=D. Функция соединительных артерий недостаточная. Карйне низкий вазодилататорный резерв. Редукция кровотока по 3-4 сегментам ПА, снижен кровоток по ОА (вертебро-базиллярная недостаточность в ст субкомпенсации)

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№37.

Больной А, 46 лет

Жалобы: атрофии в кистях, деформации стоп, боль в правом плечевом суставе

Анамнез заболевания: полгода назад обратил внимание на атрофические изменения в кистях, появились боли в правом плечевом суставе, деформация стопы давно, аналогичная деформация сто у брата и отца.

Неврологический статус: умеренно выраженная атрофия мелких мышц кистей, глубокие рефлексы с рук снижены d=s, с ног снижены d=s, брюшные снижены слева. Деформации стоп (стопа Фридрейха)

ЭНМГ 28.10.08: признаки негрубых денервационно-реиннервационных изменений в исследованных мышцах (abductor pollicis brevis\ medians). Нарушение проведения в проксимальном сегменте нерва за счет парциальной демиелинизации (в настоящее время больше слева), признаки супрасегментарной недостаточности. Четких признаков передне-рогового поражения не отмечено

Глазное дно: ДЗН розовые, границы четкие, сосуды равномерно снижены

Спондилограмма шейного отдела: остеохондроз со снижением высоты дисков, умеренно выраженными остеофитами

Rg-грамма правого плечевого сустава: ДОА в виде умеренного сужения суставной щели

МРТ шейного отдела: картина полисегментарного остеохондроза шейного отдела позвоночника с наличием задних костных разрастаний тел позвонков, протрузии дисков C5-C6-C7

УЗДГ: гемодинамических нарушений кровотока по экстра- и интракраниальным сосудам не выявлено. Церебральный кровоток d=s. Функционируют ПСоА и обе ЗСоА. Умеренно снижен вазодилататорный резерв. Умеренно снижен кровоток по 3-4 сегментам ПА, кровоток по ОА удовлетворительный

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№38.

Больной И 19 лет

Жалобы: боль в области шеи, ниже-грудного отдела позвоночника; сведения мышц плеча и предплечья при сгибании левой руки в локтевом суставе, произвольные сокращения мышечных волокон плеча слева при напряжении руки.

Анамнез заболевания: занимался видами спорта, сопряженными с нагрузкой на шейно-грудной отделы позвоночника

Неврологический статус: мышечный тонус не изменен, видимых атрофий нет; напряжение длинных мышц спины слева; сколиоз ниже-грудного отдела позвоночника; глубокие рефлексы с рук d=s, с ног высокие d=s, без патологических знаков; гипестезия в зоне C5 слева, мышечные фасцикуляции в этой области при сгибании руки в локтевом суставе; болезненность паравerteбральных точек на уровне C 5-6 слева, т. Эрба слева.

Спондилограмма шейного отдела: остеохондроз дисков I ст, сглаженность физиологического лордоза

МРТ шейного отдела 08.09.2008: признаки остеохондроза шейного отдела позвоночника

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).

3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№39.

Больная 27 лет.

Жалобы на головную боль преимущественно в правой половине головы, тошноту, головокружение, гнойные выделения из левого уха.

Анамнез: на протяжении нескольких лет хронический отит справа. В течение последней недели наблюдалось обострение основного заболевания с повышением температуры до 38° С. На протяжении 2-3 дней отметила нарушение речи по типу дизартрии.

Статус: состояние средней тяжести. Температура 37.8° С. Болезненность при пальпации черепа в правой височно-теменной области. Легкая ригидность мышц шеи, скуловой симптом Бехтерева справа. Парез лицевого и подъязычного нервов по центральному типу слева, легкий левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 4-4,5 баллов.

Анализ ликвора: цвет - желтоватый, прозрачность - мутная, цитоз - 40 нейтрофилов и 5 лимфоцитов, белок - 0.66 мг %.

При МРТ в режиме T1 в правом полушарии головного мозга определяется структура размерами 40x35 мм пониженной интенсивности сигнала, окруженное неравномерной зоной с сигналом высокой интенсивности

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№40.

Больная Я., 52 года

Жалобы: чувство асимметрии лица, непостоянно ноющего характера боль в левой половине лица, чувство заложенности в левом ухе;

Анамнез заболевания: заболела остро 01.11.18 – появилась давящего характера головная боль в левой теменно-височной области, сопровождающаяся чувством давления на правое глазное яблоко, затем присоединилось онемение в левой половине языка, чувство заложенности в левом ухе, асимметрия лица. Через несколько дней – лимфаденит подчелюстных узлов слева.

Неврологический статус: парез мимической мускулатуры слева, гипестезия в левой половине лица, горизонтальный нистагм при взгляде влево

Общий анализ крови: эр 4.2 Нв 135, цп 0.96, лейкоц 4.5, э 1, сегм 65, мон 5 лимф 28, СОЭ 22

Общий анализ мочи: без патологии. Сахар 3.94

Глазное дно: гипертоническая ангиопатия сетчатки, начальный гипертонический ангиосклероз сетчатки

МРТ: признаков за объемный процесс и очаговую патологию головного мозга не выявлено

Rg-грамма пирамид височной кости по Стенверсу: без патологии

УЗДГ: кровоток по сонным и надблоковым артериям антеградный D=S. Церебральный кровоток гиперкинетического типа. Умеренно снижен вазодилататорный резерв. Косвенные признаки экстравазальной компрессии II сегментов ПА III-IV ст

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№41.

Больная Н., 36 лет

Жалобы: Сонливость.

Анамнез: Заболела остро, гипертермия, головная боль, впервые развился судорожный припадок с утратой сознания.

Неврологический статус : легкое оглушение, частичный парез взора вверх, недведение глазных яблок кнаружи на 5 мм, тонус мышц снижен, сухожильные рефлексы с рук S=D, снижены, коленные, ахилловы S=D, брюшные низкие .

Общий анализ крови: эр.4,1 , Нв 121 г\л лейкоц 10.2., эоз 3%, п/я 3%, сегм 59%, мон 8% лимф 27%, СОЭ 15 мм\час.

Общий анализ мочи: УВ- 1015, белок- нет, лейкоц 0-1-2 а п.з., эп.кл 0-1-2 в п.з.

Сахар крови: 4,8 ммоль\л.

Биохимия крови: белок 82 г\л, билирубин прямой 0 мкмоль\л, непр. 15 мкмоль\л, АСТ 0.44, АЛТ 0.44, амилаза 39.6 ед\л, К 3.7, Na 144, креатинин 144.8 мкмоль\л.

Спинномозговая пункция: небольшая опалесценция СМЖ, лейкоциты 0,01—0,1x10⁹/л, повышенное содержание белка.

МРТ шейного отдела позвоночника от 13.03.12 г.: Полисегментарный остеохондроз шейного отдела позвоночника с дегенеративно-дистрофическими изменениями в I стадии. МР - томографических признаков за грыжу дисков, объемный процесс и очаговую патологию спинного мозга на шейном уровне не выявлено. МР - признаки утолщения задней продольной связки на уровне С2, С3.

МСКТ головного мозга от 04.03.12.: КТ-признаков патологических изменений структур головного мозга не выявлено.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .

8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 42.

Больной 30 лет.

Жалобы на постоянные головные боли, кратковременные подъемы температуры, общую слабость, нарушение передвижения, снижение памяти, недержание мочи.

Анамнез: болен в течении полугода с неуклонным нарастанием симптоматики. В анамнезе парэнтеральное употребление наркотических препаратов.

Соматический статус: Общее состояние средней тяжести. Сознание — оглушен, заторможен. Склеры инъецированы, кожные покровы бледные, множественные мелкие шрамы на предплечьях. Тоны сердца глухие, аритмичные. АД снижено. Дыхание жесткое, сухие и влажные хрипы. Неврологический статус: ЧМН без грубой патологии. Тонус мышц умеренно повышен по центральному типу. Активные движения в конечностях сохранены, сила снижена до 3 баллов. Глубокие рефлексы асимметричны, высокие. Брюшные и подошвенные рефлексы не вызываются. Чувствительность нарушена по полиневритическому типу. Положительные с-м Ласега, Мацкевича, Нери. Слабо положительны кранио-базальные симптомы, ригидность шейных мышц (два поперечника пальцев), симптомы Кернига, Брудзинского. Периодическое недержание мочи. Интеллект снижен.

Анализ крови: Эр — 3,6 Т/л, Нь — 90 Г/л, Л — 2,0 Г/л, СОЭ — 8 мм/ч.

Ликвор — прозрачный, мононуклеары — 100 в 1 мкл, давление повышено, белок — 1,4 Г/л, глюкоза, хлориды не изменены.

Серопозитивная реакция на ВИЧ-инфекцию.

Эхо-ЭС — срединный комплекс по средней линии, дополнительные эхо-сигналы не регистрируются. Пульсация эхо-сигналов снижена.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№43.

Больной 15 лет.

Жалобы на сильную головную боль, в лобно-височных отделах, многократную рвоту, высокую температуру, общую слабость, сонливость, периодические ощущения неприятного запаха.

Анамнез: заболел вчера днем — стала повышаться температура, нарастать головная боль. Утром самочувствие значительно ухудшилось, появились признаки нарушения сознания, спутанность, отмечалась дезориентация во времени и пространстве. Машиной «СП» доставлен в стационар.

При поступлении: состояние тяжелое, сопор; склеры инъецированы, кожные покровы гиперемированы. Герпетические высыпания в области грудной клетки слева. Тоны сердца глухие, брадикардия, аритмия. АД снижено. Дыхание аритмичное, тахипное до 30 в мин.

Неврологический статус: ЧМН плавающий взор. Зрачковые реакции вялые. Нарушено глотание, поперхивания слюной. Тонус мышц умеренно повышен по экстрапирамидному типу. Активные движения в конечностях отсутствуют. Глубокие рефлексы асимметричны, высокие. Брюшные и подошвенные рефлексы не вызываются. Резко положительны кранио-базальные симптомы,

ригидность шейных мышц (более четырех поперечников пальцев), симптомы Кернига, Брудзинского. Периодические тонико-клонические судороги с переходом в эписитус. Ликвор — прозрачный, лимфоциты — 400 в 1 мкл, давление повышено, белок — 1,4 Г/л, глюкоза, хлориды не изменены

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№44.

Больной 30 лет

Жалобы на постоянные судороги в правой руке, периодически усиливающиеся, потери сознания с прикусом языка, поперхивания при еде, нечеткость речи, изменение голоса, недержанием мочи.

В анамнезе инфекция после пребывания в тайге с повышением температуры, развитием вялых парезов мышц рук и верхних конечностей.

При осмотре: состояние удовлетворительное, общемозговой и менингеальной симптоматики нет.

ЧМН - легкая дисфония, дизартрия, снижение глоточного рефлекса. Снижение силы в верхних конечностях до 3-3,5 баллов, выраженные атрофии в них. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук низкие, равномерные. Сила в нижних конечностях достаточная, анизорефлексия коленных и подошвенных рефлексов D>S. Патологические стопные рефлексы сгибательной и разгибательной групп с обеих нижних конечностей. Постоянный миоклонический гиперкинез в правой руке.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№45.

Больной 25 лет, бизнесмен,

Жалобы на резкую головную боль, многократную рвоту, высокую температуру, озноб, общую слабость.

Анамнез: десять дней назад вернулся из Таиланда. Со вчерашнего дня появилось недомогание, разбитость, повышение температуры, усилилась головная боль. Утром самочувствие значительно ухудшилось.

Общее состояние тяжелое. Оглушен. Кожные покровы и слизистые гиперемированы, геморрагическая сыпь на слизистых губ. Конъюнктивит. Тоны сердца глухие, аритмия. Гастроинтестинальные проявления в виде жидкого стула.

Неврологический статус: не доводит глазные яблоки до наружных краев глаз, расходящееся косоглазие справа. Сглажена носогубная складка слева. Язык отклоняется влево. Дизартрия, дисфагия. Активные движения в конечностях сохранены, сила мышц диффузно снижена. Пластическая гипертония мышц. Глубокие рефлексы симметричны, высокие. Патологические рефлексы орального автоматизма, Бабинского, Россолимо с обеих сторон. Клонусы стоп. Чувствительность сохранена. Тремор губ, языка, пальцев рук. Интенционный тремор при выполнении координаторных проб. Выраженные кранио-базальные менингеальные симптомы, ригидность мышц шеи. Задержка мочеиспускания. Периодически клонические судороги, психомоторное возбуждение.

Анализ крови: Эр — 3,0 Т/л, Нь — 130 Г/л, Л — 25,0 Г/л, СОЭ — 20 мм/ч.

Ликвор — прозрачный, лимфоциты — 500 в 1 мкл, давление повышено, белок — 0,4 Г/л, глюкоза, хлориды не изменены

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№46.

Больной 19 лет.

Жалобы: на фоне подъема температуры отмечает озноб, общую слабость, головную боль, тошноту, двоение в глазах.

Анамнез: в течении недели отмечает недомогание, разбитость, повышение температуры. В городе отмечается вспышка тяжелого гриппоподобного заболевания, сопровождающегося нарушениями зрения и сна.

Соматический статус: состояние средней тяжести. Сознание не нарушено. Кожные покровы и слизистые ярко гиперемированы. Тоны сердца приглушены. Границы печени и селезенки увеличены.

Неврологический статус: умеренный двусторонний птоз, парез взора вверх, несимметричный мидриаз, прямая и содружественная реакции на свет сохранены, отсутствует реакции на конвергенцию и аккомодацию, сходящееся косоглазие с обеих сторон. Носогубные складки симметричны. Язык по средней линии. Активные движения в конечностях в полном объеме. Глубокие рефлексы высокие, симметричны. Патологических рефлексов нет. Чувствительность сохранена. Менингеальных симптомов нет. Функция тазовых органов не изменена.

Дополнительные методы исследования.

Анализ крови: Эр — 3,0 Т/л, Нь — 130 Г/л, Л — 5,3 Г/л, СОЭ — 10 мм/ч. Выявляются патологические (дугообразные) сахарные кривые.

Ликвор — лимфоциты — 50 в 1 мкл, давление повышено, белок — 0,4 Г/л, глюкоза, хлориды не изменены

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).

5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№47.

Больной 75 лет.

Жалобы: на постоянные головные боли, головокружения, снижение зрения, расстройство внимания, нарушения сна, аппетита, пониженное настроение, похудание, распространенные боли в мышцах.

Анамнез: перечисленные жалобы в течение полугода с неуклонным нарастанием

Неврологический статус: Астенизирована. ЧМН — снижение зрения до 0,1 с двух сторон, движения глазных яблок в вертикальной, горизонтальной и диагональной плоскостях значительно ограничены. Горизонтальный нистагм. Скандированная речь. Активные движения в конечностях сохранены. Указательные пробы выполняет с интенцией. В п.Ромберга неустойчива. Тонус мышц повышен по экстрапирамидному типу. Миоклонические подергивания пальцев рук, тремор головы. Глубокие рефлексы симметричные, низкие с рук, высокие на ногах. Брюшные и подошвенные рефлексы не вызываются. Чувствительность не нарушена. Нарушений функции тазовых органов нет. Интеллект значительно снижен.

Анализ крови: Эр — 5,6 Т/л, Нь — 100 Г/л, Л — 4,0 Г/л, СОЭ — 12 мм/ч.

Ликвор — прозрачный, лимфоциты — 4 в 1 мкл, давление норма, белок — 1,0 Г/л, глюкоза, хлориды не изменены.

Сомато-сенсорные вызванные потенциалы мозга без изменений.

КТ — атрофия больших полушарий и мозжечка.

ЭЭГ — регистрируются высокоамплитудные трёх- или плифазные острые волны 1-2 Гц на фоне уплощения биоэлектрической активности. Анализ крови: Эр — 5,6 Т/л, Нь — 120 Г/л, Л — 4,0 Г/л, СОЭ — 2 мм/ч.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№48.

Больной 17 лет.

Жалобы: на повышение температуры, сильные головные боли, тошноту, повторную рвоту.

Анамнез: заболел 2 дня назад, когда повысилась температура до 41° С, головные боли, светобоязнь, тошнота, рвота.

Статус: состояние тяжелое. Лежит на боку, голова запрокинута назад, ноги согнуты в коленях и подтянуты к животу. Петехиальная сыпь на бедрах и ягодицах. Дезориентирован во и пространстве. Ригидности мышц шеи 4 поперечных пальцев, скулового симптома Бехтерева, симптомов Кернига и Брудзинского с двух сторон. Очаговой неврологической симптоматики нет.

Анализ ликвора: цвет - желтовато-зеленый, прозрачность - мутная, цитоз - клетки покрывают все поле зрения, нейтрофилы - более 1000 в мм³, лимфоциты - единичные, белок - 0.66 мг %. глюкоза - 0,38 г/л, хлориды - 110 ммоль/л.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№49.

Больной 9 лет

Жалобы: на сильную головную боль, многократную рвоту.

Анамнез: три дня назад долго купался в деревенском пруду. Вчера вечером повысилась температура, появились боли в носоглотке, отмечал нарушение обоняния. Ночью температура резко повысилась, стал жаловаться на мучительные головные боли, тошноту, к утру несколько раз вырвало. Отмечалось психо-моторное беспокойство, однократный судорожный припадок.

Машиной «СП» доставлен в стационар.

При поступлении: общее состояние тяжелое, сопор, периодически эпизоды психомоторного возбуждения. Кожные покровы бледные. Одышка. Тоны сердца глухие, пульс слабого напряжения, АД снижено.

Неврологический статус: полуптоз с двух сторон, не доводит глазные яблоки до наружных краев глаз, болезненность при надавливании на них. Мидриаз с обеих сторон. Зрачковые реакции снижены. Активные движения в конечностях сохранены. Глубокие рефлексy симметричны, высокие. Симптом Бабинского с двух сторон. Чувствительность - выраженная общая гиперестезия. Выявляются кранио-базальные симптомы, ригидность шейных мышц (четыре поперечника пальцев), симптомы Кернига, Брудзинского (верхний, средний, нижний), Кернига. Периодически клонические судороги.

Анализ крови: Эр — 4,0 Т/л, Нь — 110 Г/л, Л — 4,3 Г/л, нейтрофилёз, СОЭ — 60 мм/ч. Ликвор — мутный, ксантохромный, эритроциты, нейтрофилы — 10 тыс. в 1 мкл, давление повышено, белок — 0,9 Г/л, глюкоза - снижены. Выделяются подвижные трофозоиты (амебы).

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№50.

Больной к., 60 лет.

Жалобы: снижение силы в ногах, на боли и онемение в дистальных отделах ног, на отсутствие позывов к естественным отправлениям и самостоятельного мочеиспускания и дефекации, на боли в области 3 межреберья с двух сторон.

Анамнез: болен с 6 марта 2018 года, на фоне лечения пневмонии отметил слабость в ногах, чувство онемения, затруднения при ходьбе. Постепенно симптоматика усиливалась, состояние ухудшалось, он испытывал большие затруднения при ходьбе, появились боли в ногах, перестал самостоятельно двигаться

Неврологический статус: боли в дистальных отделах ног (ниже середины голеней), чувство онемения в них. Сила верхних конечностей – 5 баллов, сухожильные рефлексы с рук D=S. В ногах снижение силы: сгибатели левой стопы – 2 балла, сгибатели правой стопы – 1 балл. Разгибатели левой стопы – 3 балла, разгибатели правой стопы – 1 балл. Разгибатели голени слева – 2 балла, справа – 1 балл. Сгибатели голени слева – 3-4 балла, справа – 1-2 балла. Коленные и ахилловы рефлексы высокие, больше справа; двухсторонний р. Бабинского, Пуссера. Тонус в ногах повышен по спастическому типу. Снижение всех видов чувствительности с уровня сосковой линии.

Общий анализ крови: Гемоглобин (Hb) – 131 г/л. Эритроциты – $4,2 \cdot 10^{12}/л$ Лейкоциты – $12,2 \cdot 10^9/л$: эозинофилы – 3%; палочкоядерные нейтрофилы – 9%; сегментоядерные нейтрофилы – 51%; лимфоциты – 36%; моноциты – 11%; СОЭ – 20 мм/ч.

Биохимический анализ крови: Глюкоза – 4,5 ммоль/л. Мочевина – 6,3 ммоль/л. Амилаза – 4,0. АлАТ – 55 нмоль/л. АсАТ – 31 нмоль/л. Билирубин свободный – 9 ммоль/л

Общий анализ мочи: Моча мутная, цвет – желтый, относительная плотность – 1017, реакция – кислая, белок – 1 г/л. Эпителия мало, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения, бактерий нет.

При КТ грудного и поясничного отдела позвоночника, спинного мозга, травматических повреждений, опухолей, метастазов опухолей, абсцессов, очагов кровоизлияний, пороков развития не выявлено.

В цереброспинальной жидкости обнаружено повышенное содержание белка и нейтрофильный лейкоцитоз.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№51.

Больной 45 лет.

Жалобы: на сильную головную боль, многократную рвоту, высокую температуру, озноб, общую слабость, боли в мышцах, костях, суставах, сонливость.

Анамнез: месяц назад удалил присосавшегося в подмышечной впадине клеща. В течении последних двадцати дней дважды с интервалом три дня отмечал резкое повышение температуры до 40, продолжительностью 6-7 дней. Стала нарастать головная боль. В прошлую неделю на месте укуса клеща обнаружил плотную опухоль, размером с фасоль, окруженную красным кольцом. В последующие дни самочувствие продолжало ухудшаться.

Соматический статус: состояние средней тяжести; в правой подмышечной впадине имеется плотная папула, размером до 30 мм окруженная кольцевидной эритемой; на коже бедер, ягодиц

имеются аналогичные образования, несколько меньших размеров с неплотным центром.

Генерализованная лимфаденопатия. Тоны сердца глухие, брадикардия, аритмия. АД понижено.

Неврологический статус: ЧМН без патологии. Тонус и сила мышц не изменены. Выраженные миалгии. Глубокие рефлексы с рук снижены, с ног повышены. Патологических рефлексов нет. Чувствительность снижена по корешковому типу в шейном и грудном отделах. Ригидность затылочных мышц 2 поперечных пальца, положительный 2-х сторонний р. Кернига.

Анализ крови: Эр — 3,0 Т/л, Нь — 130 Г/л, Л — 25,0 Г/л, СОЭ — 30 мм/ч.

Ликвор — прозрачный, лимфоциты — 200 в 1 мкл, давление повышено, белок — 0,4 Г/л, глюкоза, хлориды не изменены.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№52.

Больная 42 лет.

Жалобы: на головные боли, периодически возникающие тошноту и рвоту, общую слабость, слабость в левой руке и ноге, снижение чувствительности слева, нарушения речи.

Анамнез: заболела около 7 - 8 месяцев назад, слабость в конечностях постепенно нарастает. В доме живет кошка.

Статус: состояние средней тяжести, в сознании, правильно ориентирована. Перкуссия черепа умеренно болезненна. Легкая ригидность мышц шеи, слабopоложительный симптом Кернига с 2-х сторон. Отмечается центральный парез лицевого и подъязычного нервов слева, тетрапарез со снижением силы в левой руке до 3-х, в левой ноге до 2-х баллов, в правых конечностях - до 4-х баллов. Нарушение поверхностной и глубокой чувствительности по гемитипу слева, нечеткие расстройства поверхностной чувствительности по проводниковому типу справа, больше выраженные в руке; легкие затруднения в понимании обращенной речи, несколько затруднена активная речь.

Анализ ликвора: цвет - бесцветный, прозрачность - прозрачный, ксантохромии - нет, цитоз - 12 лимфоцитов, белок - 1.6 мг %.

Внутрикожная аллергическая проба на токсоплазмоз положительная.

На МРТ с внутривенным введением контраста в обеих полушариях головного мозга диагностируются множественные очаги с накоплением контрастного вещества в оболочке и в меньшей степени внутри очагов.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).

8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 53.

Больная 45 лет, работница зерносклада.

Жалобы :на выраженный озноб, резкий подъём температуры, общую слабость, интенсивную головную боль распирающего характера, многократную рвоту фонтаном.

Анамнез: Сегодня утром почувствовала озноб, резко повысилась температура, появилась резкая головная боль. СП» доставлен в стационар.

Соматический статус: кожные покровы чистые; выраженная одышка; тоны сердца глухие, пульс слабого напряжения, АД 95/60 мм.рт.ст. Паренхиматозные органы увеличены.

Неврологический статус: общее состояние тяжелое; сознание нарушено до уровня легкого оглушения; периодически эпизоды психомоторного возбуждения; обоняние снижено, концентрическое сужение полей зрения, сходящийся страбизм с двух сторон; зрачковые реакции снижены; носогубные складки симметричны; язык по средней линии; активные движения в конечностях в полном объёме; глубокие рефлексy симметричны, высокие; патологических рефлексy нет. Выраженная тотальная гиперестезия. Резко положительны кранио-базальные симптомы, ригидность шейных мышц (пять поперечников пальцев), Брудзинского (верхний и средний). Координаторно-статические пробы выполняет с промахиванием. Периодически отмечаются клонические судороги.

Анализ крови: Эр — 3,0 Т/л, Нь — 90 Г/л, Л — 4,3 Г/л, СОЭ — 20 мм/ч.

Ликвор — прозрачный, истекает под большим давлением, лимфоциты — 150 тыс. в 1 мкл, давление повышено, белок, глюкоза, хлориды не изменены.

Глазное дно: ступенчатость дисков зрительных нервов, расширение венозной сети.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Приложение 2

к рабочей программе практики

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения практики
«Производственная (клиническая) практика – вариативная часть»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Квалификация выпускника: врач - невролог

Направление подготовки: 31.08.42 Неврология

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.В1

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения практики
«Производственная (клиническая) практика – вариативная часть»**

Ординатор _____
Ф.И.О. ординатора

Специальность _____

Кафедра _____

Руководитель практики _____
(должность, кафедра, Ф.И.О. руководителя)

**Перечень специальных практических навыков
вариативной части практики амбулаторной специализированной помощи**

№	Наименование навыка	Минимальное количество
1.	Методика клинического исследования неврологических больных	
2.	Нейрофармакотерапия.	
3.	Лабораторные и инструментальные методы исследования	
4.	Диспансерное наблюдение неврологических больных	
5.	Составление индивидуальных программ реабилитации неврологических больных	
6.	Экспертиза временной нетрудоспособности неврологических больных.	
7.	Определение профессиональных ограничений у ряда неврологических больных	
8.	Оформление медицинской документации	

Руководитель практики _____ / _____ /
(подпись руководителя) Ф.И.О.

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения практики
«Производственная (клиническая) практика – вариативная часть»**

Ординатор _____
Ф.И.О. ординатора

Специальность _____

Кафедра _____

Руководитель практики _____
(должность, кафедра, Ф.И.О. руководителя)

**Перечень специальных практических навыков
вариативной части практики стационарной специализированной помощи**

№	Наименование навыка	Минимальное количество
1.	Методика клинического исследования неврологических больных	
2.	Показания к экстренной госпитализации неврологических больных.	
3.	Нейрофармакотерапия.	
4.	Проведение спинальной пункции	
5.	Проведение медикаментозных блокад	
4.	Купирование судорожного приступа.	
6.	Купирование острого болевого синдрома.	
7.	Составление индивидуальных программ реабилитации неврологических больных	
8.	Коррекция расстройств сна.	
9.	Экспертиза временной нетрудоспособности неврологических больных.	
10.	Оформление медицинской документации	

Руководитель практики _____ / _____ /
(подпись руководителя) Ф.И.О.

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Институт последипломного образования

**Приложение 1
к рабочей программе практики**

**Оценочные средства и методические материалы для проведения промежуточной
аттестации по практике
«Производственная (клиническая) практика – вариативная часть»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки: 31.08.42 Неврология

Квалификация выпускника: врач – невролог

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.В1

1. Паспорт ОС по практике «Производственная (клиническая) практика – вариативная часть»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	4 семестр
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	4 семестр
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи	4 семестр
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	4 семестр

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	ПК-2	<p>Знает: организационные аспекты проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации</p> <p>Умеет: проводить профилактические медицинские осмотры, осуществлять диспансерное наблюдение</p> <p>Владеет: методами клинического обследования пациента</p>	<p>1. Дневник практики</p> <p>2. Ситуационные задачи</p>	<p>Зачет с оценкой,</p> <p>4 семестр</p>
2.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные патологические состояния, симптомы и синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе данных клинического обследования; - провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе данных дополнительных инструментальных и лабораторных методов обследования; - сформулировать клинический диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем; <p>Владеет</p>	<p>1. Дневник практики</p> <p>2. Ситуационные задачи</p>	<p>Зачет с оценкой,</p> <p>4 семестр</p>

		- методами диагностики патологических состояний при использовании результатов клинических и дополнительных методов исследования;		
3.	ПК-6	<p>Знает: основные порядки и стандарты ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи</p> <p>Умеет: использовать необходимые методы для ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи</p> <p>Владеет: навыком составления плана ведения и лечения пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи</p>	<p>1. Дневник практики</p> <p>2. Ситуационные задачи</p>	Зачет с оценкой, 4 семестр
4.	ПК-10	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы законодательства о здравоохранении и основные документы, определяющие деятельность лечебного учреждения; - общие вопросы деятельности лечебного учреждения в условиях страховой медицины; - принципы медицинской статистики, учета и анализа основных показателей деятельности лечебного учреждения; <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить экспертизу временной утраты трудоспособности <p>Владеет: оформлением учетно-отчетной документации в лечебном учреждении</p>	1. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 4 семестр

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: дневник практики

2.1.1. Содержание

Во время аттестации по итогам производственной практики проверяется документация, оформленная студентом:

Дневник производственной практики (ПК-2, ПК-5, ПК-6) оформляется в соответствии с требованиями Положения об организации проведения практики обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Оценка «отлично» выставляется в случае правильного оформления всех разделов дневника, достаточного объема проведенной работы, выполнения необходимых манипуляций, правильного изложения клинических данных, грамотных формулировок клинических диагнозов, назначения больным адекватной терапии, наличия оформленной характеристики базового руководителя с оценкой «отлично» результатов работы.

Оценка «хорошо» выставляется при наличии оформленных разделов дневника, достаточного объема проведенной работы, выполнения достаточного объема манипуляций, правильного изложения клинических данных, несущественных ошибках при формулировке клинических диагнозов, назначения больным адекватной терапии, наличия оформленной характеристики базового руководителя с оценкой «отлично» или «хорошо» результатов работы.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при наличии ошибок при изложении основных разделов, недостаточного объема выполненных манипуляций, ошибок при формулировке

клинических диагнозов, наличия оформленной характеристики базового руководителя с положительной оценкой результатов работы.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при полном несоблюдении схемы оформления дневника, неадекватном изложении основных разделов, отсутствии некоторых разделов, неправильных формулировках клинического диагноза, неадекватном и необоснованном назначении лекарственных препаратов, отсутствия характеристики базового руководителя или при наличии оформленной характеристики базового руководителя с отрицательной оценкой результатов работы.

2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Преподаватель проверяет основные разделы дневника, при необходимости, задавая вопросы по клиническим случаям, формулировкам диагнозов, лечению. Ординатор комментирует записи, сделанные в «Дневнике производственной практики». Оценивается правильность оформления обязательных разделов дневника, оформления клинических диагнозов, объем выполненных навыков.

2.2. Оценочное средство: комплект ситуационных задач.

2.2.1. Содержание

Аттестация практических навыков проводится на ситуационных задачах и представляет собой проверку навыков клинического мышления (оценка результатов физикального обследования, интерпретация данных лабораторных и инструментальных методов обследования, оформление клинического диагноза, определения тактики ведения и лечения пациента).

Пример ситуационной задачи:

Больной А, 65 лет

Жалобы: общая слабость, скованность движений, тремор в правых конечностях, насильственные движения в мускулатуре рта

Анамнез заболевания: больным себя считает с 2001 года, когда без видимых причин стал замечать дрожь правой руки, через год – правой ноги, нарастание общей слабости, скованность движений, изменение походки, появились пропульсии. На фоне лечения через 7 лет года появление гиперкинетического синдрома: вначале хореоатетойдные движения в руке, затем ноге, около полугода в оромандибулярной мускулатуре.

Неврологический статус: недостаточность конвергенции, асимметрия носогубных складок $d < s$, глубокие рефлексы $d = s$, экстрапирамидный гипертонус преимущественно в правых конечностях, «паркинсоническая» походка, олигобрадикинезия, дискинезии в правых конечностях и оромандибулярной мускулатуре

Глазное дно: ангиосклероз сетчатки

МРТ 08.08.2008: картина смешанной гидроцефалии, атрофии вещества мозга

ЭЭГ: изменения биоэлектрической активности общемозгового характера, боле выраженные справа

УЗДГ: Кровоток по сонным артериям манистральный, по надблоковым антеградный $D < S$. Церебральный кровоток $D = S$. Функционирует ПСоА. Снижен вазодилататорный резерв. Снижен кровоток по 3-4 сегментам ПА, кровоток по ОА удовлетворительный

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Оценка «отлично» выставляется в случае грамотного анализа выявленных симптомов и синдромов, формулирования предварительного диагноза, составления адекватного и обоснованного плана обследования пациента, грамотной оценки результатов дополнительных методов обследования, правильной формулировки клинического диагноза в соответствии с современными классификациями, обоснованного и адекватного назначения средств медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Оценка «хорошо» выставляется в случае проведения анализа основных симптомов и синдромов, формулирования предварительного диагноза основного заболевания, составления адекватного плана обследования пациента, проведения оценки результатов дополнительных методов обследования, правильной формулировки клинического диагноза без полной детализации, адекватного назначения средств медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Оценка «удовлетворительно» выставляется в случае простого перечисления выявленных симптомов и синдромов, определения основной нозологической формы, перечисления методов обследования пациента и их оценки, краткой формулировки клинического диагноза, перечисления средств медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется в случае отсутствия формулировок симптомов и синдромов, неадекватного определения нозологической формы, невозможности составить план обследования и оценить полученные результаты дополнительных методов обследования, отсутствии правильной формулировки клинического диагноза.

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Оценка практических навыков осуществляется на базах производственной практики в ходе выполнения заданий к клинической ситуации. Оценивается каждое задание по 5-бальной системе.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

Итоговая оценка на зачете по производственной практике формируется как среднее арифметическое оценок за два этапа. И выставляется в 5-бальной системе в дневник производственной практики, зачетную ведомость и зачетную книжку ординатора.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ

Задача 1.

Больной А, 65 лет

Жалобы: общая слабость, скованность движений, тремор в правых конечностях, насильственные движения в мускулатуре рта

Анамнез заболевания: больным себя считает с 2001 года, когда без видимых причин стал замечать дрожь правой руки, через год – правой ноги, нарастание общей слабости, скованность движений, изменение походки, появились пропульсии. На фоне лечения через 7 лет года появление гиперкинетического синдрома: вначале хореоатетоидные движения в руке, затем ноге, около полугода в оромандибулярной мускулатуре.

Неврологический статус: недостаточность конвергенции, асимметрия носогубных складок $d < s$, глубокие рефлексы $d = s$, экстрапирамидный гипертонус преимущественно в правых конечностях, «паркинсоническая» походка, олигобрадикинезия, дискинезии в правых конечностях и оромандибулярной мускулатуре

Глазное дно: ангиосклероз сетчатки

МРТ 08.08.2008: картина смешанной гидроцефалии, атрофии вещества мозга

ЭЭГ: изменения биоэлектрической активности общемозгового характера, более выраженные справа

УЗДГ: Кровоток по сонным артериям манистральный, по надблоковым антеградный $D < S$. Церебральный кровоток $D = S$. Функционирует ПСоА. Снижен вазодилататорный резерв. Снижен кровоток по 3-4 сегментам ПА, кровоток по ОА удовлетворительный

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Задача 2.

Больная К. 49 лет

Жалобы: на скованность движений, насильственные движения в мышцах шеи, левой руки, левой стопы, нарушение походки в виде неустойчивости, затруднения при инициации и остановке движений.

Анамнез заболевания: считает себя больной с 2003 года, когда появился мелкоамплитудный тремор в указательном пальце левой руки. В течение последующего года присоединение нарастающей в динамике скованности движений, затруднения при ходьбе, нарушение инициации движений, быстрая утомляемость. С 2006 года начата терапия, На фоне лечения значительное уменьшение скованности движений, регресс тремора. В течение года уменьшение продолжительности действия разовой дозы препарата С 2009 года на фоне лечения появление насильственных движений (вначале в левой руке, затем в ноге, мышцах шеи, туловища).

Неврологический статус: ЧМН без особенностей, повышение глубоких рефлексов с легкой анизорефлексией $s \geq d$, без патологических знаков, мультифокальная дистония: цервикальная (легкий ториколлис), дистония обеих рук (легкая справа, выраженная слева с формированием патологической установки кисти), умеренная дистония левой стопы с формированием патологической установки, легкая туловищная дистония. Легкая постуральная неустойчивость. Гипокинезия. Легкая ригидность

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).

2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Задача 3.

Больная М., 66 лет

Жалобы: нарушение походки (мелкими шагами), слабость в ногах (плохо слушаются); эпизоды головокружения несистемного характера; чувство внутренней дрожи

Анамнез заболевания: неуверенность в ногах заметила примерно в 2014 году, в динамике нарастала, присоединилось чувство внутренней дрожи, эпизоды несистемного головокружения, снижение памяти, нарушение координации движений. С 2016 года переведена на лечение препаратами, содержащими L-допу – без существенного эффекта.

Неврологический статус: недостаточность конвергенции, асимметрия носогубных складок $D \leq S$; глубокие рефлексы с рук $S > D$, слева слабо положит кистевой М-Радовичи; в ногах $S \geq D$ без патологических знаков. В конечностях мышечная гипотония. Гипомимия, снижение когнитивных функций. ПНП с легкой интенцией слева, в п.Ромберга устойчива

Глазное дно: ангиосклероз сетчатки; афакия, сухая форма центральной дегенерации сетчатки ОУ
ФГ 2007 пневмосклероз, возрастные

УЗДГ: кровоток по сонным артериям демпфированный, по надблоковым антеградный $D = S$. Церебральный кровоток снижен. Функционирует ПСоА. Крайне низкий вазодилататорный резерв. Редукция кровотока по 3-4 сегментам ПА с вертеброгенными воздействиями на гемодинамику.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Задача 4.

Больная Б 12 лет

Жалобы при поступлении (со слов родителей): боли в области сердца, изменение походки (ходит широко расставив ноги), нарушение координации движения, общую слабость

Анамнез заболевания: при рождении состояние по шкале Апгар 8б. С рождения наблюдался неврологом с перинатальной постгипоксической энцефалопатией, миотонический с-м. (вялый ребенок, снижение мышечного тонуса) В течении 1 года наблюдается по наследственно-дегенеративному заболеванию. изменение походки появилось около 2 недель назад. Месяц назад переболела ОРВИ, без осложнений.

Неврологический статус зрачки $d = s$ конвергенция достаточная, движение глазных яблок в полном объеме, носогубные складки $d = s$; точки выхода ветвей тройничного нерва безболезненны, установочный горизонтальный нистагм, мягкое небо подвижно, глотание не затруднено, язык по средней линии, мышечная гипотония. Сухожильные рефлексы с рук $d = s$, понижены, с ног не вызываются. Плоская стопа. Рефлекс Бабинского (+) с обеих сторон. Координаторные пробы выполняет с промахиванием, в позе Ромберга не устойчива. Расстройств чувствительности нет. Менингеальные симптомы отрицательные. Функция тазовых органов не нарушена.

Общий анализ крови: Эр-5,1 Т/л, Нв-125 г/л, лейкоц.-7,3 Г/л, э- 2%, сег.- 63%, лф- 28%, мон.- 7%, СОЭ-4 мм\ч.

Общий анализ мочи: цвет- светло-желтый, прозр., кислая, белок- 0 г/л, уд. вес- 1010, в осадке: лейкоциты - 1-2 в п\з, плоск- ед. в п\з, эритроциты- 0 в п\з.

Сахар крови: 4,1 ммоль/л

ЭКГ: регистрируются единичные наджелудочковые экстрасистолы, ЭОС отклонена влево, ЧСС 68 в минуту. Блокада правой ножки пучка Гисса, инверсия зубца Т.

ЭЭГ-исследование: нарушения в виде диффузной дельта- и тета-активности, редукции альфа-ритма.

КТ головного мозга: КТ-признаки резидуальной энцефалопатии.

МР-томография атрофию спинного мозга и уменьшение поперечного размера спинного мозга, особенно усиливающееся в каудальном направлении на развернутой стадии, и умеренно выраженную атрофию моста, мозжечка и продолговатого мозга.

Консультация генетика: увеличение числа повторов в 1 ом интроне в гене FXN (до 1500), обнаружены мутации в последовательности гена FXN

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Задача 5.

Больная А, 33 года

Жалобы: тремор в конечностях (преимущественно в руках, больше в левой), голове, резко усиливающийся при активных, целенаправленных движениях, исчезает в покое. Неуклонно нарастает в динамике. Боль в шейном отделе позвоночника.

Анамнез заболевания: в анамнезе повторные ЗЧМТ с сотрясением головного мозга (2000, 2001, 2002). Больна с, примерно, весны 2007 года, когда заметила изменение почерка, небольшой тремор в руках (больше правой), голове. На фоне лечения (вазоактивные препараты, антиоксиданты) в феврале 2008 незначительное уменьшение тремора. С апреля-мая 2008 нарастание гиперкинетического синдрома в виде усиления позиционного, акционного тремора с дистонией в руках, больше левой, затруднения в самообслуживании (прием пищи, гигиенические процедуры), усилился тремор в голове (типа «нет-нет»), с августа – элементы спастической кривошеи. Отмечается быстрое неуклонное прогрессирование экстрапирамидной симптоматики.

Неврологический статус недостаточность конвергенции, асимметрия носогубных складок; умеренное снижение мышечного тонуса в конечностях; парезов нет, глубокие рефлексы d=s без патологических знаков. В позе Ромберга устойчива, усиление гиперкинеза в голове и левой руке (типа «хлопающей кисти»). При выполнении ПКП легкая интенция слева, резко усиливается гиперкинез в левой руке. При ПНП усиление тремора, умеренная интенция справа, грубый интенционный тремор слева. Проба на адиадохокinez отрицательная,

Общий анализ крови эр 4.0 Нв 128 цп 0.9 лейкоциты 4.9 эоз 1 сег 57 мон 2 лимф 40 СОЭ 5

Биохимия крови: медь 14 ммоль/л, мочевины 4.9 креатинин 82 общий белок 76 белковые фракции СРБ отр холестерин 4.9 в-липопротеиды билирубин 12.2 непр АСТ0.43 АЛТ 0.53 сыв.железо 13.2, щел фосфатаза 344.9

ЭКГ: ритм синусовый ЧСС 85 в мин; нормограмма,

Гинеколог: здорова

МРТ головного мозга 2008: изменение МР-сигнала от структуры верхних отделов ствола, генез данных изменений не ясен, может соответствовать как изменениям ранее перенесенного стволового энцефалита, а также изменениям сосудистого генеза. Смешанная гидроцефалия, атрофия.

УЗДГ: кровотоков по сонным и надблоковым артериям антеградный. d=s/ Церебральный кровотоков нормокинетического типа d=s. Функционируют передняя и обе зСоА. Вазодилататорный резерв

удовлетворительный. Кровоток по 3-4 сегментам ПА снижен незначительно, по ОА удовлетворительный.,

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Задача 6.

Больной 47 лет

Жалобы: беспорядочные неконтролируемые движения в руках, забывчивость, быстрая утомляемость.

Анамнез заболевания: вышеуказанные жалобы появились около месяца назад, в последующем, до настоящего времени, нарастают. Страдает длительное время гипертонической болезнью.

Неврологический статус: зрачки d=s конвергенция достаточная, движения глазных яблок в полном объеме, носогубные складки d=s; точки выхода ветвей тройничного нерва безболезненны, установочный горизонтальный нистагм, мягкое небо подвижно, глотание не затруднено, язык по средней линии, тонус мышц конечностей не изменен. Сухожильные рефлексы с рук d=s, живые, с ног d=s, живые. Хореический гиперкинезы. Дискинезии. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно, в позе Ромберга не устойчив. Расстройств чувствительности нет. Менингеальные симптомы отрицательные. Функция тазовых органов не нарушена.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Задача 7.

Больной 43 года

Жалобы: слабость в ногах, руках, шаткость, нарушение походки, нарушение координации движений

Анамнез заболевания: Заболел около 10 лет назад, когда заметил появившуюся слабость в левой ноге, в последующем присоединилась слабость в правой ноге. Симптоматика медленно нарастала. Параллельно медленно развивалась смешанная атактическая симптоматика. Около 2 лет – слабость в правой руке. Тазовых нарушений нет

Неврологический статус: недостаточность конвергенции, асимметрия носогубных складок $S < D$; глубокие рефлексы с рук повышены $S > D$, легкий парез в правой руке (4балла), умеренно выраженный спастический гипертонус в ногах. Глубокие рефлексы с ног высокие $S > D$. В п. Ромберга неустойчив, указательные пробы выполняет нечетко из-за пареза, с интенцией, признаки сенситивной атаксии

Окулист: ДЗН бледно-розовые с четкими границами, вены значительно расширены, , артерии сужены. Salus III. Ангиопатия сетчатки

МРТ 2007: картина смешанной гидроцефалии, атрофии вещества мозга лобно-теменных областей, мозжечка. Агенезия прозрачной перегородки. МРТ-признаков за очаговую патологию и объемный процесс структур головного мозга не выявлено

Зрительные ВП: признаки парциальной демиелинизации наружных волокон зрительных нервов. Скоростные параметры проведения на уровне папилломакулярноо пучка в пределах нормы, но нельзя исключить частичное аксональное поражение центрального пучка зрительного нерва (ими макулодистрофию?)

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Задача 8.

Больной 19 лет

Жалобы: на покалывание, жжение в области голеностопных суставов, стоп при длительной ходьбе (примерно 1 км), слабость в ногах при длительной ходьбе, на деформацию стоп, пошатывание при ходьбе..

Анамнез заболевания: при рождении состояние по шкале Апгар 8б. С рождения наблюдался неврологом с перинатальной постгипоксической энцефалопатией, миотоническийс-м. (вялый ребенок, снижение мышечного тонуса). С 1 года -. энкопрез, задержка нервно-психического развития (в год не ходит). В 10 лет осмотрен психиатром, диагноз энкопрез, задержка нервно-психического развития. Последние 9 лет к неврологу не обращался (по амб карте)

Занимается тяжелой атлетикой. Когда появилась деформация стопы сказать не может, аналогичная деформация стоп у отца. В течение последнего года жалобы на покалывание, жжение в области голеностопных суставов, стоп при длительной ходьбе (примерно 1 км), пошатывание при ходьбе. В анамнезе подвывихи голеностопных суставов (2004год), со слов больного «вправляли», о чем мед. документов в амб. карте нет. Сопутствующие заболевания: дискинезия ЖВП, носитель австралийского антигена

Неврологический статус: полиневритическая гипестезия по типу «гольф», снижение ахилловых, коленных, брюшных рефлексов, легкий спастический гипертонус в ногах, двусторонний рефлекс Бабинского, ярче справа, легкая статическая атаксия; легкое снижение когнитивных функций; стопа Фридрейха.

ЭНМГ: выраженные признаки невропатии смешанного генеза (аксонального, демиелинизирующего) типа с практически полным блоком проведения по малоберцовым нервам в дистальном сегменте.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Задача 9.

Больной 48 лет

Жалобы: скованность движений больше в левых конечностях, замедленность речи, изменение походки, тремор в пальцах рук; эпизоды несистемного головокружения, неустойчивости при ходьбе. Тянущую боль в шейном отделе позвоночника, эпизоды головной боли.

Анамнез заболевания: Болен с 2004 года, когда заметил наличие скованности движений, медленно нарастающие в динамике. Получал праноран, препараты леводопы с положительным эффектом.

Самостоятельно прекратил прием медикаментов, в связи с чем нарастание ригидной симптоматики.

Поступает на лечение перед проведением ВТЭК

Неврологический статус: недостаточность конвергенции, асимметрия носогубных складок; глубокие рефлексы повышены $S > D$, пластический гипертонус в конечностях ярче слева.

Гипомимия, гипокинезия, ахейрокинз, тремор покоя в руках

Окулист: ангиопатия сетчатки, миопия слабой степени

РЭГ: объемное пульсовое кровенаполнение снижено во всех бассейнах, тонус средних и мелких артерий повышен, периферическое сосудистое сопротивление повышено, признаки затруднения венозного оттока

ЭЭГ: признаки раздражения диэнцефальных структур головного мозга I степени

МРТ: умеренная наружная гидроцефалия

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Задача 10.

Больной И 55 лет

Жалобы: постоянный тремор покоя в ногах, руках, больше правых, исчезающий при активных движениях; на эпизоды головной боли давящего характера в лобно-височных отделах; на локальные тонические сведения в мышцах голени, плеч

Анамнез заболевания: болен с 2006 года, когда исподволь появился тремор покоя в ногах; через год присоединился тремор в руках, легкий тремор головы. В течение последних 6 мес регулярно принимает циклодол 2 мг 2 р/день - без эффекта. Страдает гипертонической болезнью, прием гипотензивных эпизодический

Неврологический статус: недостаточность конвергенции, асимметрия носогубных складок $D \leq S$; глубокие рефлексы снижены $D = S$, без патологических знаков. В правых конечностях пластический гипертонус, слева + с-м Нойка-Ганева; тремор покоя ритмичный, среднеамплитудный в конечностях (больше правых), легкий в голове. Постурального, кинетического тремора нет. Координаторно-статических, чувствительных расстройств нет.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Задача 11.

Больной 49 лет

Жалобы на общую скованность, тремор в конечностях, повышенную утомляемость, общую слабость, нарушение сна, снижение памяти, концентрации внимания, неустойчивое АД.

Анамнез заболевания: около 20 лет артериальная гипертензия, регулярно принимает гипотензивные препараты (рениприл). На этом фоне периодически бывают подъемы АД до 180/120 мм.рт.ст.. в течение 4-х последних лет отмечает нарастающую скованность в конечностях и тремор.

Неврологический статус: слабость конвергенции, сглажена левая носогубная складка. Экстрапирамидный гипертонус в конечностях; глубокие рефлексы $D > S$, торпидные, р-сы орального

автоматизма; кожные р-сы отсутствуют. Умеренно выраженный акинетико-ригидный синдром, в пальцах и кистях рук – тремор покоя.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Задача 12.

Больная А., 52 года.

Жалобы: скованность движений, затруднения в речи, шаткость походки с эпизодами падения, поперхивания при еде, неловкость в пальцах рук при выполнении точных движений.

Анамнез: заболела 5 лет назад, когда появились повышенная потливость, приливы жара, онемение и синюшность пальцев рук, затруднение речи по типу дизартрии. Постепенно прогрессировали речевые нарушения и шаткость походки. Спустя 2 года стала отмечать недержание мочи при смехе, волнении. Через 3 года присоединились пропульсии при ходьбе, участились падения, изменился почерк, стала испытывать неловкость в пальцах рук при выполнении точных движений. Спустя еще год падения стали практически ежедневными, ухудшилась речь, иногда стала поперхиваться при приеме твердой пищи, с трудом выполняла свою работу.

Неврологический статус: Ортостатическая проба положительная (при проведении пробы АД снизилось до 90/60 мм рт. ст.). Отмечается синюшность концевых фаланг кистей, которые усиливаются на холоде. Соматический статус компенсирован. Неврологически: в сознании, ориентирована, эйфорична, насильственный смех и плач. Глазодвигательных нарушений, нистагма нет. Небные занавески симметричны, глоточный рефлекс снижен. Резко выражены рефлекс орального автоматизма (хоботковый рефлекс, Маринеску— Радовича). Речь скандированная с элементами дизартрии и дисфонии. Объем движений в конечностях полный. Мышечных атрофий нет. Сила достаточная. Мышечный тонус повышен по типу «зубчатого колеса», больше справа. Сухожильно-периостальные рефлекс высокие, зоны расширены, S=D, патологический симптом Бабинского с двух сторон. В позе Ромберга неустойчива, в усложненной пробе падает. Пальце-носовую пробу выполняет с легкой интенцией и промахиванием. Выраженная интенция и дисметрия при выполнении пяточно-коленной пробы. Походка с широко расставленными ногами, мелкими шажками с пропульсией. Легкая гиперестезия в пальцах стоп.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ

Задача 1.

Больная 55 лет. Считает себя больной в течение двух лет, когда появились неустойчивость при ходьбе, затруднение походки, тихий голос, невозможность быстро повернуться во время ходьбы. При поступлении состояние удовлетворительное, походка замедленная, выявляются ахейрокинез, олиго- и брадикинезия, гипомимия, редкое мигание, немодулированный тихий голос, повышение мышечного тонуса по пластическому типу. Парезов нет, сухожильные и периостальные рефлекс

симметричны, расстройств чувствительности нет, интеллект сохранен. Анализы крови и мочи в пределах нормы. Глазное дно без патологии. Рентгенография шейного отдела позвоночника выявила умеренные явления остеохондроза межпозвонковых дисков. МРТ головного мозга - без патологических изменений .

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Задача 2.

Больной 67 лет, поступил с жалобами на общую слабость, слабость в левых конечностях. Со слов родственников больного в течение последних нескольких недель больной стал неряшлив, неопрятен в одежде и при физиологических отправлениях. В поведении больного отмечалась эйфория, появление склонности к плоским шуткам. В анамнезе - операция по поводу опухоли предстательной железы. При осмотре: центральный парез VII и XII пар черепных нервов слева, парез зрения влево. Левосторонний гемипарез до 3 баллов с повышением мышечного тонуса по спастическому типу. Анизорефлексия S>D, симптом Бабинского слева. Выраженные рефлекс орального автоматизма. Хватательные рефлекс справа. Чувствительность сохранена. В пробе Ромберга отклоняется влево. К проводимому осмотру больной безразличен, не интересуется своим заболеванием и лечением, критика к своему состоянию значительно снижена. При выполнении серий движений нарушается переключение с одного движения на другое, задание выполняется медленно, с остановками, отмечаются персеверации, что также проявляется при письме (рисунок). При выполнении сложных целенаправленных действий больной не в состоянии составить необходимую программу последовательных элементарных движений, что приводит к невозможности выполнения задания. Однако сам больной не замечает и не корректирует свои ошибки.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Задача 3.

Больной 61 года поступил в неврологическое отделение больницы с жалобами на преходящее снижение зрения на правый глаз. В течение 20 лет страдает гипертонической болезнью с повышением артериального давления до 200/100 мм.рт. ст., с “рабочими” цифрами 140/80-150/90. В течение последних 5 лет периодически отмечает боли в сердце при быстрой ходьбе, проходящие после приема нитроглицерина через несколько минут. Вчера днем внезапно появилось снижение зрения на правый глаз (“пелена перед глазами”, затем “ничего не видел”), которое восстановилось через 20 минут. На следующий день был осмотрен окулистом - тромбоза центральной вены и центральной артерии сетчатки не было выявлено. Окулистом поликлиники был отправлен на осмотр к неврологу. В неврологическом статусе: общемозговых и менингеальных симптомов нет. Зрачки D=S, средней величины, движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Лицо симметрично. Язык при высовывании из полости рта по средней линии. Парезов конечностей нет, сила достаточная, движения в полном объеме, мышечный тонус не изменен. Сухожильные и

периостальные рефлексы S>D. Симптом Россолимо слева. Расстройств чувствительности нет. Положительные рефлексы орального автоматизма. Ультразвуковая доплерография (УЗДГ) магистральных артерий головы патологии не выявила. При дуплексном сканировании сонных и позвоночных артерий в устье правой внутренней сонной артерии выявлена атеросклеротическая бляшка, гетерогенная с гиперэхогенными включениями с неровным контуром.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Задача 4.

Больная 70 лет поступила в клинику нервных болезней с жалобами на неуверенность и шаткость при ходьбе, частые падения без потери сознания, нечеткость и двоение предметов. Считает себя больной в течение последнего месяца, когда постепенно начали нарастать вышеуказанные симптомы. При осмотре: состояние средней тяжести. В сознании, в контакт вступает с трудом, быстро истощается. Менингеальных симптомов нет. Со стороны черепных нервов: глазные щели S<D, парез взора вверх, ограничение движения левого глазного яблока внутрь, вверх и вниз, анизокория S>D, фотореакция слева снижена. Легкий правосторонний гемипарез, симптом Бабинского справа. Неуверенность при выполнении координаторных проб правыми конечностями. Чувствительность не изменена. На магнито-резонансной томографии определяется сигнал повышенной интенсивности на T2-взвешенных изображениях в области левой ножки мозга и оральных отделов левой половины моста.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Задача 5.

Больной 64 лет, 6 лет страдает инфекционно-аллергической бронхиальной астмой, гормонозависимой формой, в течение последних 2-х лет принимал преднизолон по 1 таблетке (5 мг) 3 раза в сутки, беротек в ингаляциях. Болен около 3-х месяцев, предъявляет жалобы интенсивные на боли по ходу позвоночника в грудном отделе, восходящего характера с иррадиацией в область шеи. За время болезни дважды имели место эпизоды резких, интенсивных болей в шее при неловких движениях, постепенно купированных самостоятельно. Направлен на госпитализацию невропатологом из поликлиники с диагнозом "Распространенный остеохондроз грудного отдела позвоночника, вторичный корешковый синдром" для обследования и лечения. При обследовании в стационаре парезов конечностей не выявлено. Мышечный тонус в конечностях не изменен. В нижней пробе Барре ноги с трудом удерживает из-за выраженного болевого синдрома. Коленные, ахилловы рефлексы низкие. Патологических стопных знаков нет. Координация, чувствительность не нарушены. Симптомы натяжения отрицательны. Тазовых нарушений нет. При рентгенографии грудного и пояснично-крестцового отдела позвоночника выявлено выпрямление физиологического кифоза, распространенный остеопороз тел всех позвонков. Тело восьмого грудного позвонка снижено по высоте с небольшой клиновидной деформацией и вдавлением верхней площадки. Тела Th8 и L1 позвонков деформированы по типу так называемых "рыбьих" позвонков, двояковогнуты

сверху и снизу, межпозвоночные пространства широкие. Проведенная МРТ грудного отдела позвоночника (рисунок) подтверждает результаты рентгенологического обследования и другой патологии не выявила. На МРТ также отмечаются явления выраженного остеопороза на фоне распространенного остеохондроза грудного отдела позвоночника. Проведенная денситометрия выявляет снижение содержания кальция в грудном отделе позвоночника на 30%, в бедренных костях на 30-45% по сравнению с возрастной нормой. Содержание свободного Са в крови 1,03 ммоль/л (N=1,15-1,27 ммоль/л).

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Задача 6.

Больной А, 57 лет

Жалобы: постоянное головокружение (уплывание почвы), шаткость при ходьбе; изменение голоса, легкая дизартрия; скованность, замедленность движений, больше в ногах; прогрессирующее снижение памяти; эпизоды фотопсии; нестабильность АД

Анамнез заболевания: страдает гипертонической болезнью, не обследовался, не лечился.

06.03.07 остро развилось нарушение координации движений, головокружение, слюнотечение, нарушилась речь, онемение, слабость в левых конечностях. За медпомощью не обращался.

Вышеописанные симптомы частично регрессировали, присоединились скованность движений, прогрессирующее снижение памяти. Обратился на прием в декабре 2007, проводилась стационарное лечение по месту жительства

Неврологический статус: недостаточность конвергенции, легкий центральный парез мимической мускулатуры слева, дизартрия; оживление глубоких рефлексов с легкой анизорефлексией S>D, яркие рефлекс орального автоматизма; умеренно выраженный акинетико-ригидный синдром; умеренное снижение когнитивных функций; легкая статическая, указательные пробы ПНП мимопопадание слева, ПКП – легкая интенция; болезненность паравертебральных точек в шейном отделе позвоночника.

Общий анализ крови эр.4.3, Нв 130, цп 0.9, лейкоц 6.5., эоз 1, п/я 2, сегм 67, мон 2 лимф 28, СОЭ 8

Общий анализ мочи: без патологии

Сахар: 4.0 ФГ: 2007 без патологии Кровь на RW 12.07: отрицательный

Биохимия крови: мочевины 6.6, креатинин 79, холестерин 5.2, билирубин пр 1.3, непр 8.7, калий 2.7, натрий 155

ЭКГ: ритм синусовый, эос отклонена влево ЧСС 62 в мин, Единичные суправентрикулярные экстрасистолы. Вегетативные влияния на миокард. Нарушение реполяризации

Глазное дно: атеросклеротический ангиосклероз сетчатки

УЗДГ: кровоток по сонным артериям измененный, локация ВСА затруднена, справа под углом к н/челюсти лоцируется ускоренный поток (артериальный? венозный?). Кровоток по надблоковым антеградный D=S, церебральный кровоток S=D. Функция соединительных артерий недостаточная. Крайне низкий вазодилататорный резерв. Редукция кровотока по 3-4 сегментам ПА, снижен кровоток по ОА (вертебро-базиллярная недостаточность в ст субкомпенсации)

ЭЭГ: признаки усиления восходящих активирующих влияний неспецифических срединных структур головного мозга

РЭГ: объемное пульсовое кровенаполнение снижено в позвоночных артериях. Тонус средних и мелких артерий снижен во всех бассейнах. Периферическое сосудистое сопротивление в пределах нормы. Вертеброгенное воздействие на гемодинамику.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Задача 7.

Больной А, 55 лет

Жалобы: шум в ушах, эпизоды головокружения несистемного характера, головную боль преимущественно в теменно-затылочной области, усиливающуюся при наклонах, натуживании, при резких движениях головой; усиливаются к вечеру и в положении лежа; на снижение слуха с обеих сторон, снижение памяти. Боль, ограничение движений в левом плечевом суставе.

Анамнез заболевания: с 1983 года эпизодически шум в голове, головная боль (после электротравмы, сильного испуга). В 1986 году с-м ВСД, неврастения. В последующем лечение по поводу шейного остеохондроза. 1995 год - невралгия левого лучевого нерва с полным регрессом пареза разгибателей кисти. В течение последних лет нестабильность АД, прием гипотензивных препаратов эпизодический. Усиление цефалгического синдрома с ноября 2007 – после перенесенного двустороннего этмоидита, наложения синус-катетера на обе группы придаточных пазух носа.

Неврологический статус: рассеянная микроочаговая симптоматика: недостаточность конвергенции, асимметрия носогубных складок D<S, оживление глубоких рефлексов, болезненность паравerteбральных точек в шейном отделе позвоночника, незначительно ограничение амплитуды движений в левом плечевом суставе.

Общий анализ крови: эр 3.9, Нв 129, цп 0.99, лейкоц 6.7., эоз 2, п 0, с 54, мон 8, лимф 36 СОЭ 14

Общий анализ мочи: без патологии Сахар крови: 4.4

Кровь 12.07 RW ВИЧ: отрицат ФГ 07 без патологии Крови RW 08.07: отрицательный

ЭКГ: Левограмма. Ритм синусовый. Гипертрофия ЛЖ

Окулист: гипертоническая ангиопатия сетчатки . Начальная катаракта

Краниограмма: без костной патологии

УЗДГ: кровоток по сонным и надблоковым артериям антеградный D=S. Церебральный кровоток нормокинетического типа. Функционирует ПСоА. Вазодилататорный резерв снижен умеренно.

Умеренное вертеброгенное воздействие на церебральную гемодинамику. Лоцируется прямой синус 44мм (N 28-30)

ЭЭГ: признаки ирритации гипоталамических структур головного мозга. Ист

РЭГ: объемное пульсовое кровенаполнение снижено в бассейне ПА. Тонус передних и мелких артерий повышен во всех бассейнах. Периферическое сосудистое сопротивление снижено во всех бассейнах. Во всех бассейнах признаки затруднения венозного оттока. Вертеброгенное воздействие на гемодинамику.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Задача 8.

Больной А, 55 лет

Жалобы: слабость в ногах (проксимальные отделы), плечом поясе, похудание мышц плечевого пояса; эпизоды головокружения смешанного характера, шаткости походки, диффузной головной боли

Анамнез заболевания: слабость в ногах заметил около 10 лет назад, за медпомощью не обращался. Слабость в ногах медленно нарастала в динамике (ощущается при подъеме по лестнице, на высоту) Страдает гипертонической болезнью. 2007 – ишемический инсульт ВББ (бульбарный синдром с полным регрессом в течение 3 мес). После ОНМК – регулярный прием гипотензивных препаратов регулярный (конкор).

Неврологический статус: недостаточность конвергенции, диффузная мышечная гипотония, снижение мышечной силы с проксимальных отделов рук, ног до 4 баллов; атрофия мышц плеч, плечевого пояса, единичные фибрилляции в мышцах плеча; глубокие рефлексы с рук живые D=S, коленные снижены D=S, ахилловые отсутствуют D=S, брюшные живые D=; чувствительных, координаторно-статических расстройств нет

Общий анализ крови эр.5.3, Нв 167, цп 0.9, лейкоц 5.0., эоз 2, сегм 68, мон 5 лимф 25, СОЭ 14

Общий анализ мочи: без патологии

Сахар: 3.56

Биохимия крови: мочевины 5.0, креатинин 63, белок 71 холестерин 5.6, БЛП 0.39, билирубин пр 4.7, непр 14.9 общ 19, АСТ 0.25, АЛТ 0.29

ФГ: II 2007 без патологии

ЭНМГ: ЭМГ-признаки соответствуют денервационно-реиннервационным изменениям мышц плечевого пояса и ног, более характерным для «переднерогового» поражения

ЭКГ: ритм синусовый, горизонтальное положение эос, АВ-блокада I ст, гипертрофия ЛЖ, гипертрофия ПП

Спондилограмма шейного, поясничного отделов: остеохондроз дисков со снижением высоты дисков, грубыми остеофитами, субхондральным склерозом замыкательных пластин, деформирующий спондилоартроз

ЭЭГ: признаки усиления восходящих активирующих влияний неспецифических срединных структур головного мозга

РЭГ: объемное пульсовое кровенаполнение снижено в позвоночных и ЛВСА артериях. Тонус средних и мелких артерий повышен во всех бассейнах. Периферическое сосудистое сопротивление снижено в ПА. Признаки нормального венозного оттока. Вертеброгенное воздействие на гемодинамику

Кровь на RW 12.07: отрицательный

Глазное дно: атеросклеротический ангиосклероз сетчатки

УЗДГ: кровоток по сонным артериям измененный, локация ВСА затруднена, справа под углом к н/челюсти лоцируется ускоренный поток (артериальный? венозный?). Кровоток по надблоковым антеградный D=S, церебральный кровоток S=D. Функция соединительных артерий недостаточная.

Карйне низкий вазодилататорный резерв. Редукция кровотока по 3-4 сегментам ПА, снижен кровоток по ОА (вертебро-базилярная недостаточность в ст субкомпенсации).

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Задача 9.

Больной А, 53 года

Жалобы: слабость в ногах (проксимальные отделы), плечом поясе, похудание мышц плечевого пояса; эпизоды головокружения смешанного характера, шаткости походки, диффузной головной боли

Анамнез заболевания: слабость в ногах заметил около 10 лет назад, за медпомощью не обращался. Слабость в ногах медленно нарастала в динамике (ощущается при подъеме по лестнице, на высоту) Страдает гипертонической болезнью. 2007 – ишемический инсульт ВББ (бульбарный синдром с полным регрессом в течение 3 мес). После ОНМК – регулярный прием гипотензивных препаратов регулярный (конкор).

Неврологический статус: недостаточность конвергенции, диффузная мышечная гипотония, снижение мышечной силы с проксимальных отделов рук, ног до 4 баллов; атрофия мышц плеч, плечевого пояса, единичные фибрилляции в мышцах плеча; глубокие рефлексы с рук живые D=S, коленные снижены D=S, ахилловые отсутствуют D=S, брюшные живые D=; чувствительных, координаторно-статических расстройств нет.

Общий анализ крови эр.5.3, Нв 167, цп 0.9, лейкоц 5.0., эоз 2, сегм 68, мон 5 лимф 25, СОЭ 14

Общий анализ мочи: без патологии

Сахар: 3.56

Биохимия крови: мочевины 5.0, креатинин 63, белок 71 холестерин 5.6, БЛП 0.39, билирубин пр 4.7, непр 14.9 общ 19, АСТ 0.25, АЛТ 0.29

ФГ: II 2007 без патологии

ЭНМГ: ЭМГ-признаки соответствуют денервационно-реиннервационным изменениям мышц плечевого пояса и ног, более характерным для «переднерогового» поражения

ЭКГ: ритм синусовый, горизонтальное положение эос, АВ-блокада I ст, гипертрофия ЛЖ, гипертрофия ПП

Спондилограмма шейного, поясничного отделов: остеохондроз дисков со снижением высоты дисков, грубыми остеофитами, субхондральным склерозом замыкательных пластин, деформирующий спондилоартроз

ЭЭГ: признаки усиления восходящих активирующих влияний неспецифических срединных структур головного мозга

РЭГ: объемное пульсовое кровенаполнение снижено в позвоночных и ЛВСА артериях. Тонус средних и мелких артерий повышен во всех бассейнах. Периферическое сосудистое сопротивление снижено в ПА. Признаки нормального венозного оттока. Вертеброгенное воздействие на гемодинамику

Кровь на RW 12.07: отрицательный

Глазное дно: атеросклеротический ангиосклероз сетчатки

УЗДГ: кровоток по сонным артериям измененный, локация ВСА затруднена, справа под углом к н/челюсти лоцируется ускоренный поток (артериальный? венозный?). Кровоток по надблоковым антеградный D=S, церебральный кровоток S=D. Функция соединительных артерий недостаточная.

Карйне низкий вазодилататорный резерв. Редукция кровотока по 3-4 сегментам ПА, снижен кровоток по ОА (вертебро-базилярная недостаточность в ст субкомпенсации).

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Задача 10.

Больной А, 65 лет

Жалобы: общая слабость, скованность движений, насильственные движения в правых конечностях, мускулатуре рта

Анамнез заболевания: больным себя считает с 2001 года, когда без видимых причин стал замечать дрожь рук, больше правой. Лечение в поликлинике по месту жительства (циклодол) с улучшением в виде уменьшения дрожания в левой руке. Через год стал отмечать общую слабость, скованность движений, изменение походки, появились пропульсии. Начал принимать левадопосодержащие препараты (наком, дуэлин), проноран. Дуэлин переносит плохо. На фоне комбинированной терапии отмечает кратковременное улучшение на несколько часов в виде уменьшения общей слабости, скованности. Примерно с 2007 года присоединение гиперкинетического синдрома: вначале хореоатетоидные движения в руке, затем ноге, около полугода в оромандибулярной мускулатуре. Неврологический статус: недостаточность конвергенции, асимметрия носогубных складок $d < s$, глубокие рефлексy $d = s$, экстрапирамидный гипертонус преимущественно в правых конечностях, «паркинсоническая» походка, олигобрадикинезия, дискинезии в правых конечностях и оромандибулярной мускулатуре

Дополнительные исследования:
Общий анализ крови: эр 4.4 Нв 143 цп 0.97 лейкоц 6.1 эоз 1 сег 82 мон 2 лим 15 СОЭ 17

Общий анализ мочи: без патологии

Биохимия крови: холестерин 3.9, В-липопротеиды 36, триглицериды 1.22

ФГ 03.2008: без патологии

Кровь RW ВИЧ 03.09.2008: отрицательный

ЭКГ: ритм синусовый, вертикальное положение эос Гипертрофия ЛЖ. Неполная блокада правой ножки п.Гиса Повышена нагрузка на ЛЖ Гипертрофия ЛЖ. Неполная блокада нарушение проведения по правой ножке п.Гиса

Глазное дно: ангиосклероз сетчатки

МРТ 08.08.2008: картина смешанной гидроцефалии, атрофии вещества мозга

РЭГ: пульсовое кровенаполнение снижено в бассейне ПА, тонус средних и мелких сосудов повышен в бассейне лВСА. Периферическое сосудистое сопротивление в пределах нормы во всех бассейнах. Признаки нормального венозного оттока. Вертеброгенное воздействие на гемодинамику

ЭЭГ: изменения биоэлектрической активности общемозгового характера, более выраженные справа

УЗДГ: Кровоток по сонным артериям манистральный, по надблоковым антеградный $D < S$.

Церебральный кровоток $D = S$. Функционирует ПСоА. Снижен вазодилататорный резерв. Снижен кровоток по 3-4 сегментам ПА, кровоток по ОА удовлетворительный.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Задача 11.

Больной А, 55 лет

Жалобы: тяжесть, ноющего характера боль в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией по задне-боковой поверхности левого бедра, голени, усиливается при ходьбе, физической нагрузке, регрессируют после отдыха

Анамнез заболевания: болен с октября 2007, когда при ходьбе появилась вышеописанная боль, медленно нарастающая в динамике; амбулаторное, стационарное лечение с частичным положительным эффектом.

Неврологический статус: ахилловы рефлексy живые, $D = S$ слева, чувствительных выпадений нет, симптомы натяжения отрицательные; сглажен поясничный лордоз

Общий анализ крови: эр 4.3, Нв143, цп 0.9, лейкоц 8.1., 6.0. с 57, мон 4, лимф 35, СОЭ 4

Общий анализ мочи: без патологии ФГ XII 07 без патологии

Крови RW 11.07: отрицательный Группа крови В(III) Rh (-) отрицат

ЭКГ: ритм синусовый, эос отклонена влево, признаки гипертрофии ЛЖ

Окулист: ДЗН границы четкие, артерии сужены, вены извиты

Rg поясничного отдела: межпозвоночные щели L1-L2, L2-L3, L3-L4 сужены, нерезко выражен субхондральный склероз замыкательных пластин. Признаки остеохондроза Пст

Rg правого т/бедренного сустава: умеренные изменения верхнего полюса суставной впадины. ДОА I ст.

УЗДГ: кровоток по сонным и надблоковым артериям антеградный D=S. Церебральный кровоток D=S. ПСоА функционирует. Снижен вазодилататорный резерв. Снижен кровоток по 3-4 сегментам ПА, кровоток по ОА удовлетворительный. Венозная дисгемия выражена по глазным венам

ЭЭГ: признаки усиления восходящих активирующих влияний неспецифических срединных структур мозга. Локальной и пароксизмальной активности не выявлено

РЭГ: объемное пульсовое кровенаполнение повышено в бассейне ВСА, в пределах нормы в позвоночных. Тонус передних и мелких артерий повышен во всех бассейнах. Периферическое сосудистое сопротивление повышено во всех бассейнах. Во всех бассейнах признаки затруднения венозного оттока и умеренно выраженной внутричерепной гипертензии. Вертеброгенной воздействию на гемодинамику.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Задача 12.

Больной А, 55 лет

Краткий анамнез: жалобы на давящие головные боли затылочной локализации, головокружение несистемного характера при резких поворотах головы, при ходьбе, периодически шаткость походки. Боле около года, когда впервые появились боли в шее, головокружения. Курит, умеренное потребление алкоголя. Образование высшее, ранее работал технологом.

В статусе: недостаточность конвергенции, асимметрия н/г $s < d$, позиционный нистагм в крайних отведениях, 2 М-Радовичи. Боль при пальпации окципитальных точек

Пульсация артерий на левой руке не определяется, над левой подключичной артерией систолический шум. Пульсация на обеих подколенных артериях ослаблена, сохранена на всех уровнях

Диагностические исследования:

АГ дуги аорты и брахиоцефальных сосудов: диффузный атеросклероз дуги аорты и брахиоцефальных сосудов с умеренным стенозом брахиоцефального ствола в 1 сегменте, критический стеноз левой подключичной артерии.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Задача 13.

Больной Б 69 лет

Жалобы: неловкость в левых конечностях, онемение тыльной поверхности левой кисти

Анамнез заболевания: 17.11.2008 онемение в левых конечностях, 18.11 присоединилась слабость в них, 19.11 – нечеткость речи. Вызвана СП, от госпитализации отказался. 20.11 на фоне нарастания

неврологической симптоматики госпитализирован в ЦРБ. На фоне лечения практически полный регресс симптоматики

Неврологический статус: недостаточность конвергенции, асимметрия носогубных складок $s < d$, легкий периферический центральный парез мимической Общй анализ крови: эр 4.0

Дополнительные исследования: Нв 135 цп 1.0 лейкоц 14.7 эоз 2 миелоц 1 пал 1 сег 61 мон 7 лим 28 СОЭ 45

Общй анализ мочи: без патологии

Биохимия крови: мочевины 7.3 креатинин 100 холестерин 3.3 в-липопротеиды 36 калий 4.37 натрий 1412.7 сахар, триглицериды 2.11

ФГ 2008: без патологии

Кровь RW ВИЧ 2008: отрицательный

ЭКГ: ЭОС отклонена влево ритм синусовый ЧСС 75 Гипертрофия ЛЖ. Диффузные изменения в миокарде

Глазное дно: ангиосклероз сетчатки по гипертоническому типу

РЭГ: пульсовое кровенаполнение снижено в бассейне ПА, тонус средних и мелких артерий повышен во всех бассейнах. Снижение эластичности сосудистой стенки. Периферическое сосудистое сопротивление повышено во всех бассейнах. Во всех бассейнах признаки нормального венозного оттока

ЭЭГ: легкие изменения биоэлектрической активности общемозгового характера. Признаки усиления восходящих активирующих влияний неспецифических срединных структур головного мозга. Локальной и пароксизмальной активности не выявлено мускулатуры слева; глубокие рефлексы повышены $s > d$, рефлексы орального автоматизма.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Задача 14.

Больной В 68 лет

Жалобы: Онемение в ногах до уровня колен, нарушение походки («ноги не слушаются»); неустойчивость при ходьбе; прогрессирующее снижение памяти; шум в голове; шаткость походки;

Анамнез заболевания: работал сварщиком. В течение года онемение в ногах, боль в коленных суставах, тянущие боли в голени; В течение последних 3 месяцев нарушение походки, прогрессирующее снижение памяти, шум в голове. С 1982 ИБС. Длительно страдает артериальной гипертензией, после гипертонического криза от 11.07 прием гипотензивных препаратов регулярный (энам).

Неврологический статус: недомоведение глазных яблок кнаружи 1-2 мм, недостаточность конвергенции, асимметрия носогубных складок $S < D$; спастический гипертонус в конечностях: легкий в руках, умеренно выраженный в правой, выраженный в левой ноге; глубокие рефлексы с ног высокие, приводящий рефлекс слева, клонусов стоп нет; патологические стопные рефлексы; с рук повышены, умеренно выражены рефлексы орального автоматизма (М-Радовичи, хоботковый) Неустойчивость в позе Ромберга; ПКП выполняет с интенцией; гипестезия по полиневритическому типу до уровня колен.

Общй анализ мочи: 1012, белок нет, лейкоц 1-2, эпкл 1-2, эр 0-1, оксалаты+

Общй анализ крови Нв 164 лейкоц 7 СОЭ 25

Биохимия крови: белок 82, билирубин прямой 0, непр. 16.2, АСТ 0.44, АЛТ 0.44, амилаза 39.6, К 3.7, Na 144, креатинин 144.8.

ЭКГ: эос отклонена влево, синусовая брадикардия 57 в мин, умеренная гипертрофия левого желудочка с увеличением нагрузки на него

Крови, RW: отрицательный

Глазное дно: начальная возрастная катаракта. Атеросклеротические изменения на глазном дне 2-3 ст

Психиатр: признаки умеренно выраженного нарушения функций памяти и внимания, легкого снижения интеллектуальных способностей

Рентгенограмма органов грудной полости: без очаговых изменений.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Задача 15.

Больной Г 58 лет

Жалобы: скованность движений, нарушение походки, тремор в правой руке; эпизоды головокружения несистемного характера, шаткость походки; эпизоды диффузной головной боли; боль в шейном, поясничном отделах позвоночника

Анамнез заболевания: в течение последнего года отмечает нарастающие в динамике скованность движений, больше в правых конечностях, нарушение походки; изменение почерка, тремор в правой руке; эпизоды головокружения несистемного характера шаткость походки; изредка диффузная головная боль, боль в грудном, поясничном отделах позвоночника. Нарушение мочеиспускания.

Оперирован по поводу аденомы простаты 2006 году, наблюдается у уролога (нейрогенное расстройство мочеиспускания; гиперреактивный мочевой пузырь, мочевой надлобковый свищ.состояние после операции ТУР простаты, аденомэктомия)

Неврологический статус недостаточность конвергенции, асимметрия носогубных складок S<D; пластический гипертонус в конечностях, больше правых; парезов нет, глубокие рефлексы с небольшой анизорефлексией D>S без патологических знаков, неярко выраженные рефлексы орального автоматизма. Олигобрадикинезия, гипомимия, ахейрокинез справа, постуральная неустойчивость; легкая статическая атаксия.

Из амбулаторной карты:

Общий анализ мочи: без патологии

Общий анализ крови эр 4.8 Нв 148 лейкоц 5.3 э 1, п 1, сег 40, мон 4 лимф 44 СОЭ 10

ФГ: 2008: без патологии

ЭКГ: ритм синусовый ЧСС 69; левограмма; неполная блокада правой ножки п.Гиса; ГЛЖ

МРТ головного мозга 2007: картина образования в проекции ската, которая может соответствовать хордоме.

КТ «Соматом» 2007: умеренная смешанная гидроцефалия, признаки дисциркуляторной энцефалопатии, больше выраженные в ВББ. В костном режиме – деструктивные и структурные изменения затылочной кости могут соответствовать фиброзной дисплазии.

Нейрохирург: хирургическое лечение не показано

МРТ грудного отдела 2007: данных за очаговую патологию спинного мозга и позвоночника нет.

Грыжа Шморля Д8

ЭхоЭС: срединный комплекс не смещен, расширен, М-образный. Дополнительные эхо-сигналы расширены, S=D. Пульсация сигналов снижена, напряжены.

КТ «Соматом»

Биохимия крови: белок 82, билирубин прямой 0, непр. 16.2, АСТ 0.44, АЛТ 0.44, амилаза 39.6, К 3.7, Na 144, креатинин 144.8.

Психиатр: признаки умеренно выраженного нарушения функций памяти и внимания, легкого снижения интеллектуальных способностей

Рентгенограмма органов грудной полости: без очаговых изменений

Краниограмма: без патологии.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»

Кафедра иностранных языков

Приложение 1
к рабочей программе дисциплины

Оценочные средства и методические материалы для проведения
промежуточной аттестации по дисциплине
«Иностранный язык в медицинской практике»

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника – врач - невролог
Направление подготовки (специальность): 31.08.42 Неврология
Тип образовательной программы: программа ординатуры
Форма обучения: очная
Срок освоения образовательной программы: 2 года
Код дисциплины: ФД.1

Паспорт ОС по дисциплине

1. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, срок проведения
<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none">- лексический минимум в объеме 4000 учебных лексических единиц общего и терминологического характера;- основную медицинскую и фармацевтическую терминологию на иностранном языке;- грамматические правила изучаемого языка;- приемы и основы перевода профессионально ориентированных текстов;- иностранный язык в объеме, необходимом для получения профессиональной информации из зарубежных источников и общения на профессиональном уровне. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none">- понимать устную и письменную речь, распознавать, правильно переводить и употреблять грамматические формы и конструкции, типичные для медицинской литературы, делового общения, а также бытовых и страноведческих тем;- отбирать и систематизировать полученную информацию на иностранном языке;- фиксировать необходимую информацию из прочитанного на иностранном языке в виде аннотаций;- логически верно аргументировать и ясно строить устную и письменную речь. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none">- навыками работы со словарями, справочной литературой, печатными изданиями по профессионально ориентированной литературе;- грамматическими правилами и разговорными формулами иностранного языка;- приемами и основами перевода специальных текстов;- навыками аналитической переработки полученной информации.	<p>Комплекты:</p> <ol style="list-style-type: none">1. грамматических заданий	<p>Зачет</p>

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: грамматические задания

Английский язык

I. Раскройте скобки.

1. Health remains the supreme goal at all times. 2. Next year after he (to finish) internship he (to enter) a residency. 3. In Great Britain higher medical education is not free of charge. 4. The physician (not to write) out a prescription yesterday, he (to send) the patient for further analyses. 5. In Britain candidates enter medical schools generally at the age of 18. 6. Writing a thesis is required for practice. 7. If you like, I'll gladly show you through some of our clinics and departments. 8. Latin is taught in all Russian medical institutes. 9. Next year the curriculum (not to be) as difficult as it (to be) last year.

II. Задайте вопросы разных типов.

1. Medical graduates applied for the post-graduate course. (спец.)
2. Practical skills will be very important for future doctors. (разделит.)
3. Attendance of practical classes is voluntary. (общий)
4. Our Academy was founded in 1930. (альтерн.)
5. The medical students take State examinations after the sixth year. (к подлежаж.)

III. Заполните пропуски модальными глаголами.

1. Any citizen of our country ... apply to a medical institute. 2. If the patient he needs an operation the doctor ... make the arrangement to admit the patient to the hospital. 3. We ... either keep our health or lose it. 4. What ... you do to become good doctors in the future? 5. Applicants who have finished school with a gold or silver medal ... take only one examination.

IV. Ответьте на вопросы.

1. What must the person do when he comes to the polyclinic?
2. What can a young doctor obtain after residency?
3. When was our academy founded?

V. Переведите предложения.

1. Ординатура подготавливает высоко квалифицированных специалистов в определенной области. 2. Три помощника есть у врача - слово, растение и нож. 3. Существуют поликлиники для взрослого населения и поликлиники для детей.

VI. Определите время и залог сказуемого. Составьте на английском языке вопросы к подчеркнутым членам предложений. Переведите составленные вопросы на русский язык.

1. My friend has been preparing for the exams for a week. 2. He had accomplished the task by the end of the year. 3. The exams were being taken from 9 till 12 a.m. yesterday. 4. Tomorrow I'll make my report for the conference. 5. Such sick persons receive a sick-leave.

VII. Поставьте глагол в скобках в нужное время.

1. She (to complain) of pains in her side for the whole day. 2. Last week I (to graduate) from the academy and now I (to seek) a good job. 3. They think that their article (to publish) by Monday. 4. This doctor usually (to perform) operations on Friday. 5. We (to learn) new grammar during

the whole class yesterday. 6. All our work (to finish) last month. 7. The doctor knew that the white blood cells count (to be) normal.

VIII. Раскройте скобки, поставив сказуемые в придаточном дополнительном в нужном времени и залоге.

1. He was told that it (станет – to become) a doctor in future. 2. She said she (изучала – to study) French before. 3. They said that they (работает – to work) in the hospital.

IX. Переведите предложения на русский язык.

1. Before 1918 there were 28 churches in Ivanovo-Voznesensk. 2. It is a laboratory assistant who takes an electrocardiogram at the out-patient department. 3. As soon as he comes I'll show him your report.

X. Переведите предложения на английский язык.

1. Туловище делится на грудную клетку и брюшную полость. 2. А. Везалий изучал анатомию человека на трупах. 3. Именно Э. Дженнер создал вакцину против оспы. 4. И. М. Сеченов включал в свои работы данные, которые он определил раньше. 5. Иваново известен как крупный текстильный центр России.

Немецкий язык

Выберите один верный ответ:

I. В данном предложении порядок слов:

In diesem Laboratorium macht man verschiedene Analysen.

1. прямой 2. обратный 3. смешанный 4. правильный

II. Сказуемое в предложении *Unsere Akademie hatte früher nur zwei Fakultäten.* переводится:

1. настоящим временем
2. прошедшим временем
3. будущим временем
4. предпрошедшим временем

III. Тип глагола в предложении *Alle Organismen bilden eine grosse Zahl der bedingten Reflexe aus:*

1. простой
2. с неотделяемой приставкой
3. с отделяемой приставкой
4. правильный

IV. По форме Partizip II глагол *gebildet* :

1. слабый
2. сильный
3. правильный
4. неправильный

V. На русский язык глагол с местоимением *man* переводится в предложении *Man stellte dem Patienten sofort die richtige Diagnose:*

1. первым лицом мн. числа
2. третьим лицом ед. числа
3. третьим лицом мн. числа
4. первым лицом ед. числа

VI. Правильный перевод предложения с модальным глаголом *Dieses Ziel kann man bei strenger Diät erreichen*:

1. Этой цели нельзя достичь строгой диетой.
2. Необходимо достичь цели строгой диетой
3. Этой цели можно достичь строгой диетой.
4. Нужно достичь этой цели строгой диетой.

VII. К подчеркнутому слову в предложении *In der Nacht hustete ich stark und nieste* подходит вопросительное слово:

1. wie
2. wann
3. welche
4. was

VIII. К подчеркнутому члену предложения *Den Körper des Menschen kann man durch Einen Schnitt in zwei Hälften zerlegen* подходит вопросительное слово:

1. wodurch
2. durch was
3. was
4. welche

IX. Глагол с неотделяемой приставкой:

1. entsprechen
2. `einnehmen
3. gehen
4. zusammensetzen

Русский язык как иностранный

I. Дополните предложения, выбрав корректный вариант.

1. *Воспаление толстой кишки ... колита.*

- (А) дали название
- (Б) называют
- (В) имеет название
- (Г) называется

2. *Раздражимость - черта... для всего живого.*

- (А) характерна
- (Б) характерно
- (В) характерны
- (Г) характерная

3. *Субстраты - вещества, с... взаимодействуют ферменты.*

- (А) которыми
- (Б) чьими
- (В) теми
- (Г) какими

4. *Процессы обмена веществ принято... на анаболические и катаболические.*

- (А) разделять

- (Б) отделять
- (В) выделять
- (Г) наделять

II. Продолжите:

1. Реферат – это..

- А) краткое устное или письменное изложение содержания научной работы.
- Б) краткая характеристика содержания оригинала, целевого назначения издания;
- В) официальный письменный отзыв, содержащий критический обзор научного первоисточника, выводы о значимости работы и ее оценку, а также практические рекомендации.

2. Конструкция *статья рассчитана на широкий круг читателей* характерна для...

- А) реферата;
- Б) рецензии;
- В) аннотации.

3. Конструкция *в статье условно можно выделить 3 части* характерна для описания...

- А) темы;
- Б) композиции;
- В) перечня основных положений.

4. Конструкция *работа посвящена* характерна для описания ...

- А) темы;
- Б) композиции;
- В) перечня основных положений.

5. Выводы вводятся с помощью конструкции...

- А) автор приходит к мысли;
- Б) автор ставит вопросы;
- В) автор приходит к выводу.

2.5.2. Критерии и шкала оценки

Отметка «зачтено» выставляется, если обучающийся справился с 70% и более заданий.

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»

Кафедра лучевой, функциональной и клинической лабораторной диагностики ИПО

Приложение 1
к рабочей программе
дисциплины

Оценочные средства и методические материалы для проведения
промежуточной аттестации по дисциплине
«Ультразвуковая диагностика неотложных состояний во врачебной
практике»

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника: врач - невролог
Направление подготовки (специальность): 31.08.42 Неврология
Тип образовательной программы: программа ординатуры
Форма обучения: очная
Срок освоения образовательной программы: 2 года
Код дисциплины: ФД.1

Паспорт ОС по дисциплине

1. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, срок проведения
<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none">– основы анатомии и физиологии человека, возрастные особенности;– клиническое значение других методов исследования в диагностике заболеваний;– организацию ультразвуковой диагностики;– топографическую анатомию человека применительно к специфике проводимых ультразвуковых исследований;– физические принципы ультразвукового метода исследования и механизмы биологического действия ультразвука;– особенности аппаратуры, используемой для проведения ультразвуковых исследований;– современные методы ультразвуковой диагностики;– методы контроля качества ультразвуковых исследований;– признаки неизменной ультразвуковой картины органов желудочно-кишечного тракта, органов мочевыделительной системы, магистральных сосудов брюшной полости и забрюшинного пространства.– ультразвуковые признаки патологических изменений при наиболее распространенных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, селезенки, органов мочевыделительной системы, магистральных сосудов брюшной полости и забрюшинного пространства;– признаки неизменной эхографической картины органов малого таза; <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none">– анализировать клиничко-лабораторные данные в свете целесообразности проведения ультразвукового исследования;– оценить достаточность предварительной информации для принятия решений;– оценить состояние здоровья и поставить предварительный диагноз.– определить показания и целесообразность к проведению ультразвукового исследования;– выбрать адекватные методики ультразвукового исследования;– соблюдать правила техники безопасности при работе с электронными приборами;– выбрать необходимый режим и трансдьюсер для ультразвукового исследования;– получить и задокументировать диагностическую	<p>Комплекты:</p> <ol style="list-style-type: none">1. тестовых заданий;2. ситуационных задач	<p>Зачет</p>

<p>информацию;</p> <ul style="list-style-type: none"> – проводить соответствующую подготовку больного к исследованию; – производить укладку больного; – на основании ультразвуковой семиотики выявить изменения в органах и системах; <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> – интерпретацией результатов основных ультразвуковых методик: двухмерным ультразвуковым сканированием в режиме реального времени (в режимах развертки В и М); режимами цветовой и спектральной доплерографии, исходя из возможностей ультразвукового диагностического прибора; выполнением основных измерений в М-модальном и В-модальном режимах и режиме спектральной доплерографии, исходя из возможностей ультразвукового диагностического прибора; 		
---	--	--

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий.

2.1.1 Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине. Вариант тестовых заданий состоит из 10 вопросов.

Пример тестовых заданий:

01. Ультразвук — это звук, частота которого не ниже:

- А. 15 кГц
- Б. 20000 Гц
- В. 1 МГц
- Г. 30 Гц
- Д. 20 Гц

02. Акустической переменной является:

- А. Частота
- Б. Давление
- В. Скорость
- Г. Период
- Д. Длина волны

03. Анатомически в печени выделяют:

- А. 6 сегментов
- Б. 8 сегментов
- В. 7 сегментов
- Г. 5 сегментов
- Д. 4 сегмента

04. У пациента с симптомами почечной колики не определяется ультразвуковых признаков дилатации верхних мочевых путей — это:

- А. Полностью исключает наличие конкременте
- Б. Не исключает наличия конкремента в мочеточнике
- В. Исключает наличие конкремента при полной сохранности паренхимы пораженной почки
- Г. Не исключает наличие очень мелкого конкремента в мочеточнике
- Д. Не исключает наличие мочекислового конкремента

05. Оптимальной позицией для оценки состояния ствола и ветвей легочной артерии при эхокардиографическом исследовании является:

- А. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне конца створок митрального клапана
- Б. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне корня аорты
- В. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне конца папиллярных мышц
- Г. Апикальная пятикамерная позиция
- Д. Апикальная двухкамерная позиция

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины. Тестовый контроль оценивается отметками «выполнено», «не выполнено».

Отметка «выполнено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 70%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «выполнено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются практические умения и навыки по дисциплину. Обучающемуся предлагается 1 ситуационная задача.

Пример ситуационной задачи:

Больной Т., 38 лет поступил в стационар экстренно с жалобами на сильные боли в области поясницы, болезненность при мочеиспускании.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание везикулярное. ЧД-20. ЧСС-87. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье. Больному выполнено ультразвуковое исследование почек.



Выполните задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Укажите возможные осложнения при данной патологии?
5. Опишите укладку больного и плоскости сканирования при ультразвуковом исследовании.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Выполнение заданий по клинической ситуации оценивается отметками «выполнено», «не выполнено».

Отметка «выполнено» на этапе выполнения заданий выставляется, когда обучающийся справился со всеми заданиями.

3. Критерии получения ординатором зачета по дисциплине

Зачет проводится в два этапа: тестирование и решение ситуационной задачи. Для получения отметки «зачтено» по дисциплине обучающийся должен получить отметки «выполнено» за тестирование и выполнение заданий по ситуационной задаче.

Тестовые задания

Вариант № 1.

- 01.** Ультразвук — это звук, частота которого не ниже:
- А. 15 кГц
 - Б. 20000 Гц
 - В. 1 МГц
 - Г. 30 Гц
 - Д. 20 Гц
- 02.** Акустической переменной является:
- А. Частота
 - Б. Давление
 - В. Скорость
 - Г. Период
 - Д. Длина волны
- 03.** Анатомически в печени выделяют:
- А. 6 сегментов
 - Б. 8 сегментов
 - В. 7 сегментов
 - Г. 5 сегментов
 - Д. 4 сегмента
- 04.** У пациента с симптомами почечной колики не определяется ультразвуковых признаков дилатации верхних мочевых путей — это:
- А. Полностью исключает наличие конкременте
 - Б. Не исключает наличия конкремента в мочеточнике
 - В. Исключает наличие конкремента при полной сохранности паренхимы пораженной почки
 - Г. Не исключает наличие очень мелкого конкремента в мочеточнике
 - Д. Не исключает наличие мочекислого конкремента
- 05.** Оптимальной позицией для оценки состояния ствола и ветвей легочной артерии при эхокардиографическом исследовании является:
- А. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне конца створок митрального клапана
 - Б. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне корня аорты
 - В. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне конца папиллярных мышц
 - Г. Апикальная пятикамерная позиция
 - Д. Апикальная двухкамерная позиция
- 06.** О наличии аневризмы брюшной части аорты свидетельствует увеличение диаметра аорты свыше:
- А. 1,5 см.
 - Б. 2,0 см.
 - В. 2,5 см.
 - Г. 3,0 см.
- 07.** При тромбозе нижней полой вены компрессия её просвета датчиком приводит:
- А. К полному спадению стенок и исчезновению просвета.
 - Б. Размер просвета не изменяется.
 - Д. Правильно А и В.
- 08.** Карман Морисона для поиска свободной жидкости – это:
- А. Пространство между правой долей печени и правой почкой
 - Б. Пространство между селезенкой и левой почкой

- В. Полость перикарда
 - Г. Пространство между куполом диафрагмы и правым легким
- 09.** К эхографическим признакам тампонады сердца не относится:
- А. Диастолический коллапс стенки правого желудочка и/или стенки правого предсердия
 - Б. Дилатация нижней полой вены с отсутствием изменения диаметра нижней полой вены на вдохе или недостаточное ее коллабирование (уменьшение диаметра нижней полой вены менее чем на 50% при вдохе)
 - В. Усиление респираторных вариаций транстрикуспидального и трансмитрального потоков при доплеровском исследовании.
 - Г. Дилатация полости левого предсердия и левого желудочка
- 10.** В норме давление в легочной артерии:
- А. менее 15 мм.рт.ст.
 - Б. менее 30 мм.рт.ст.
 - В. менее 35 мм.рт.ст.
 - Г. менее 40 мм.рт.ст.

Вариант № 2.

- 01.** Ультразвук — это звук, частота которого не ниже:
- А. 15 кГц
 - Б. 20000 Гц
 - В. 1 МГц
 - Г. 30 Гц
 - Д. 20 Гц
- 02.** Ультразвук отражается от границы сред, имеющих различия в:
- А. Плотности
 - Б. Акустическом сопротивлении
 - В. Скорости распространения ультразвука
 - Г. Упругости
 - Д. Скорости распространения ультразвука и упругости
- 03.** При разрыве селезенки как дополнительный эхографический признак может выявляться:
- А. Наличие свободной жидкости в Дугласовом пространстве
 - Б. Гиперэхогенность капсулы в области разрыва
 - В. Гипоэхогенность капсулы в области разрыва
 - Г. Дистальное усиление за зоной разрыва
 - Д. Дистальное ослабление за зоной разрыва
- 04.** Выявление взвешенных эхосигналов в асцитической жидкости может указывать на:
- А. Злокачественный процесс
 - Б. Воспалительный процесс
 - В. Доброкачественный процесс
 - Г. Верно А и Б
 - Д. Верно Б и В
- 05.** К важнейшим ультразвуковым признакам разрыва печени при тупой травме живота не относится:
- А. Локальное повреждение контура (капсулы) печени
 - Б. Гипо-/анэхогенное образование в паренхиме печени часто с нечеткими контурами
 - В. Наличие свободного газа в брюшной полости
 - Г. Наличие нарастающего количества свободной жидкости в брюшной полости
 - Д. Верно А и Г
- 06.** По данным ультразвукового исследования определить локализацию конкремента (в чашке или лоханке):

- А. Нельзя
 - Б. Можно
 - В. Можно, если чашечка или лоханка заполнены жидкостью
 - Г. Можно только при наличии камней мочевиной кислоты
 - Д. Можно только при наличии камней щавелевой кислоты
- 07.** Можно выявить острый тромбоз почечной артерии при помощи:
- А. Ультразвукового исследования
 - Б. Компьютерной томографии
 - В. Допплерографии
 - Г. Внутривенной урографии
 - Д. Верно Б и Г
- 08.** Свободная жидкость в позадиматочном пространстве при ультразвуковом исследовании:
- А. В норме не визуализируется
 - Б. Эхографический признак аномалии развития матки
 - В. Эхографический признак аномалии развития яичников
 - Г. Может регистрироваться в перивульварную фазу менструального цикла
- 09.** Струю трикуспидальной регургитации при доплеровском эхокардиографическом исследовании оценивают в следующей стандартной позиции:
- А. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне конца створок митрального клапана
 - Б. Апикальная четырехкамерная позиция
 - В. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне конца папиллярных мышц
 - Г. Апикальная двухкамерная позиция
- 10.** На участие окклюзирующего тромба сигнал кровотока:
- А. Отсутствует
 - Б. Регистрируется

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 01.

Больной Т., 38 лет поступил в стационар экстренно с жалобами на сильные боли в области поясницы, болезненность при мочеиспускании.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание везикулярное. ЧД-20. ЧСС-87. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье. Больному выполнено ультразвуковое исследование почек.



Вопросы:

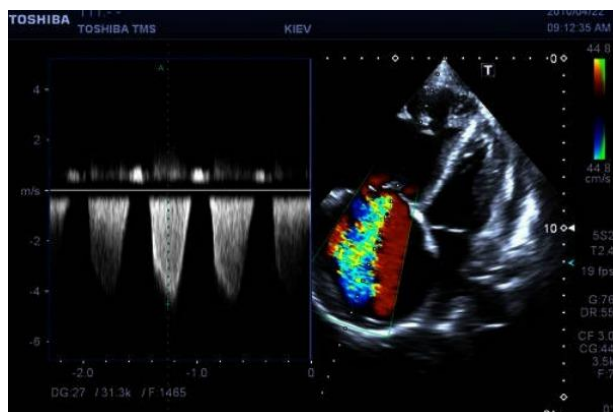
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Возможные осложнения при данной патологии?

Ситуационная задача № 02.

Больная Р., 65 лет поступила в стационар терапевтического профиля с жалобами на одышку, боли в левой половине грудной клетки при кашле и дыхании, кровохарканье, слабость.

Данные анамнеза: заболела остро 2 дня назад, когда внезапно возник приступ удушья, сопровождающийся болями в левой половине грудной клетки, сердцебиением, была кратковременная потеря сознания.

Данные объективного осмотра: состояние больной тяжелое, кожные покровы бледно-цианотичные, отёки нижних конечностей, варикозное расширение вен. Частота дыханий - 26 в минуту, пульс - 110 ударов в минуту, ритмичный малого наполнения, АД - 90/60 мм рт. ст., I тон на верхушке сердца ослаблен, акцент II тона над лёгочной артерией.



Вопросы:

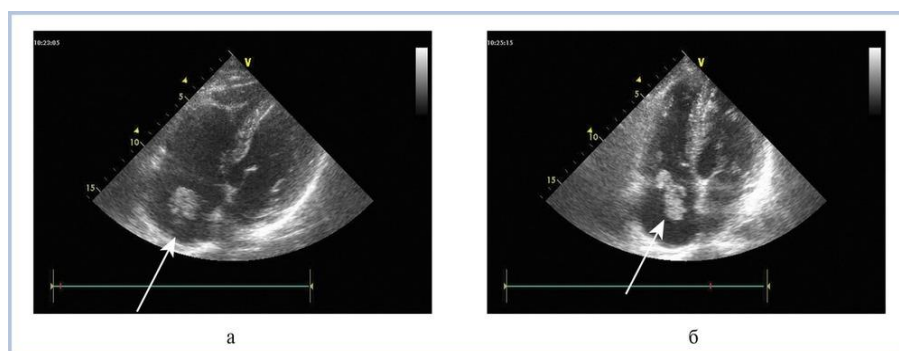
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте план дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину: позиция, доступ. Рассчитайте давление в легочной артерии.
4. Укажите возможные причины данной патологии?

Ситуационная задача № 03.

Больная О., 70 лет поступила в кардиологический стационар с жалобами на одышку, боли в левой половине грудной клетки при кашле и дыхании, кровохарканье, слабость.

Данные анамнеза: заболела остро 2 дня назад, когда внезапно возник приступ удушья, сопровождающийся болями в левой половине грудной клетки, сердцебиением. Длительное время наблюдалась у кардиолога с нарушением ритма.

Данные объективного осмотра: состояние больной тяжелое, кожные покровы бледно-цианотичные, отёки нижних конечностей, варикозное расширение вен. Частота дыханий - 26 в минуту, пульс - 110 ударов в минуту, ритмичный малого наполнения, АД - 90/60 мм рт. ст., I тон на верхушке сердца ослаблен, акцент II тона над лёгочной артерией.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Назначьте план дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину: позиция, доступ.
4. Укажите возможные причины данной патологии?

Ситуационная задача № 04.

Больная С., 19 лет поступила в больницу скорой помощи, через 40 минут с момента травмы (упала с 4 этажа). При поступлении состояние тяжёлое, без сознания (кома 2), кожные покровы бледные, отмечаются множественные ссадины и небольшие раны головы и передней брюшной стенки, деформация правого бедра и левого предплечья, А/Д 80/30 мм.рт.ст., ЧСС 120I. При пальпации живот мягкий на пальпацию не реагирует.

При УЗИ органов брюшной полости:

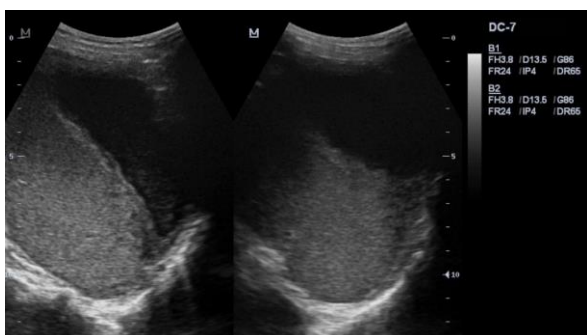


Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Какие еще доступы необходимо использовать с целью поиска свободной жидкости?

Ситуационная задача № 05.

Больной К., 21 года поступил в больницу, через 24 часа с момента драки (в драке получил удар ножом в поясничную область слева). При поступлении состояние тяжёлое, кожные покровы бледные, тошнота, рвота, язык сухой, живот не участвует в акте дыхания, положительный симптом Щёткина-Блюмберга во всех отделах. Перистальтика выслушивается, газы отходят, стула не было. А/Д 110/70 мм.рт.ст., ЧСС 110 уд/мин.



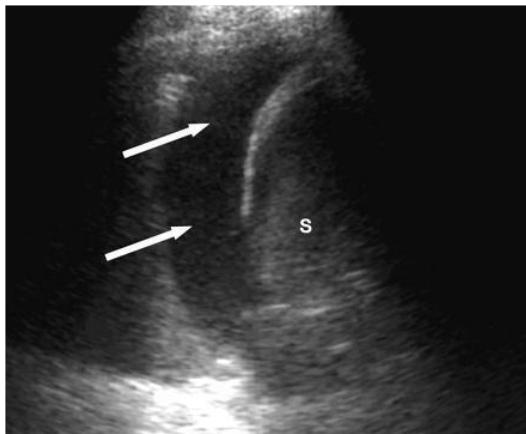
Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Возможные осложнения при данной патологии?

Ситуационная задача № 06.

Юноша 17 лет, хорошего физического развития. Во время соревнований по велоспорту упал, после чего появились боли в левой половине грудной клетки.

Доставлен в травм пункт. При поступлении состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. При пальпации болезненность левой половины грудной клетки.



Вопросы:

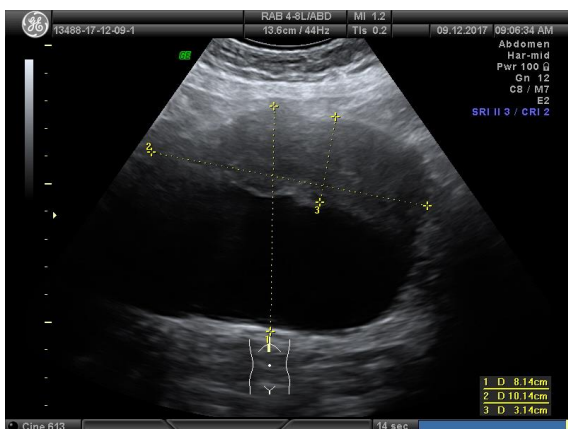
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача № 07.

Больной 68 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на резкие боли в животе, преимущественно слева. Больной страдает артериальной гипертонией, окклюзией артерий нижних конечностей и хронической коронарной недостаточностью, перенес инфаркт миокарда.

В течение двух последних месяцев беспокоили боли в животе, интенсивность боли постоянно нарастала, но к врачу не обращался. 1,5 часа назад внезапно возникли резкие боли в животе и в поясничной области. Боль локализовалась преимущественно слева. Одновременно значительно ухудшилось общее состояние. Боли сопровождались тошнотой, рвотой. Несколько позже появились дизурические явления.

При поступлении состояние больного тяжелое, лежит неподвижно. Сознание сохранено, стонет от боли, ногные покровы бледные, покрыты холодным потом. Пульс частый и малый. АД 90/60 мм рт. ст. Живот несколько увеличен слева, передняя брюшная стенка участвует в дыхании, мягкая. В брюшной полости, больше слева, определяется плотное, болезненное, с нечеткими контурами образование. Над ним выслушивается систолический шум. Имеются умеренно выраженные признаки острой ишемии нижних конечностей.

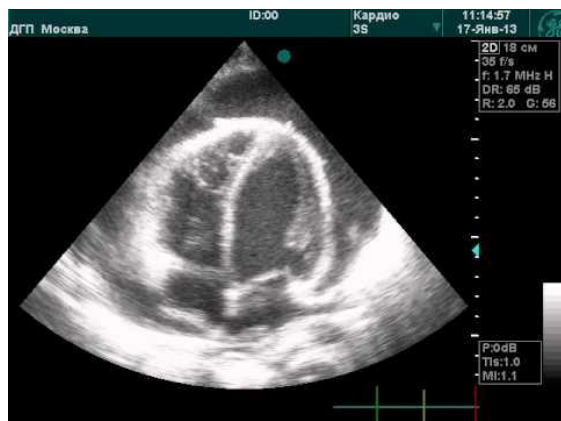


Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача № 08.

Больная, 18 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительном физическом напряжении и в покое, чувство тяжести и давления за грудиной, сердцебиение, боли в коленных и голеностопных суставах, повышение температуры тела до 38,5 °С, охриплость голоса, кашель. Из анамнеза известно, что около месяца назад перенесла ангину. Через 2 нед появились боли в коленных и голеностопных суставах, повысилась температура тела. Ухудшение самочувствия последние 5 дней, когда появились вышеперечисленные жалобы, носящие нарастающий характер. Состояние больной тяжелое. Положение ортопноэ. Цианоз губ, шеи, пальцев рук. Набухание шейных вен. Покраснение, припухлость и ограничение подвижности в коленных и голеностопных суставах. На внутренней поверхности ног - кольцевидная эритема. Лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. Грудная клетка конической формы. Число дыханий - 28 в минуту. При перкуссии - ясный легочный звук, при аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет. Отмечается выбухание грудной клетки в области сердца, сглаженность межреберных промежутков. Границы относительной тупости сердца: правая - на 3 см кнаружи от правого края грудины, левая - по передней подмышечной линии, верхняя - на уровне второго ребра. Верхушечный толчок определяется в четвертом межреберье по передней подмышечной линии. При аускультации: тоны сердца глухие. Пульс - 128 в минуту, малого наполнения, ритмичный. АД - 80/50 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный при пальпации. При глубокой пальпации определяется сигмовидная кишка, подвижная, безболезненная. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, край ее закруглен, чувствителен при пальпации. Область почек не изменена. Симптом Пастернацкого отрицателен. Селезенка не увеличена.

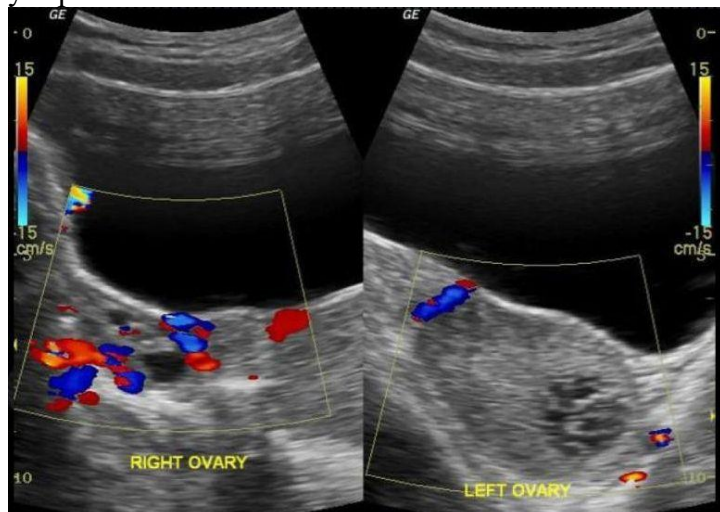


Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Какие осложнения данного заболевания можно наблюдать у больной?

Ситуационная задача № 09.

Больная Л. 15 лет, доставлена в стационар машиной «СП» с диагнозом: подострый, двухсторонний сальпингоофорит и жалобами на боли в левой подвздошной области с иррадиацией в прямую кишку. Боли возникли резко, утром в левой подвздошной области, затем над лоном. Тошноты, рвоты не было. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа и слизистые нормальной окраски, АД 110/70 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Перитониальных симптомов нет. При двуручном ректо-абдоминальном исследовании матка не увеличена, плотная, безболезненная. Придатки справа не увеличены, безболезненные. Слева придатки увеличены, без четких контуров, область их пальпации болезненная. Своды свободные, глубокие. Задний и левый боковой свод умеренно болезненные.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Какие осложнения данного заболевания можно наблюдать у больной?

Ситуационная задача № 10.

Больная С., 33 года, жалобы на схваткообразные боли в левой подвздошной области, головокружение, задержку менструации на 2 недели. Вчера внезапно появились острые боли внизу живота, сопровождающиеся кратковременной потерей сознания. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 120 ударов в минуту, АД 80/50 мм рт. ст., живот болезненный в нижних отделах живота, отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При гинекологическом исследовании матку и придатки четко определить невозможно из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки, задний свод сглажен, выделения кровяные, скудные, темного цвета.

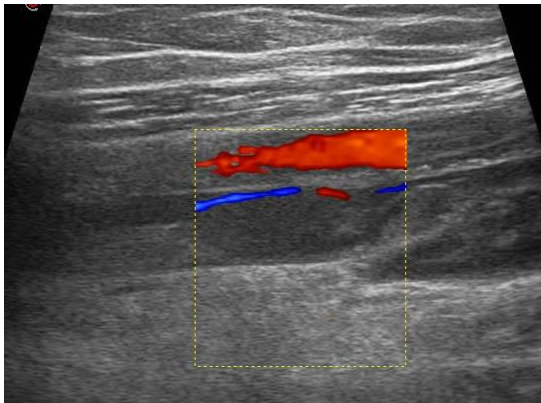


Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Тактика дальнейшего ведения?

Ситуационная задача № 11.

Больная Т. 53 лет поступила в стационар с жалобами на сильные боли в правой голени распирающего характера, отек стопы и голени, судорожные сокращения икроножных мышц, повышение температуры до 38,5°C. Больна в течение 3 дней. Вначале были судорожные сокращения икроножных мышц, боли появились на второй день, а еще через день появился отек. При осмотре кожа правой стопы и голени гиперемирована, напряжена, лоснится. Окружность правой голени больше левой на 5 см. Движения возможны, но крайне болезненны. При осмотре конечности определяется болезненность по ходу сосудистого пучка, особенно в подколенной ямке. Сдавление рукой икроножных мышц вызывает резкую болезненность.



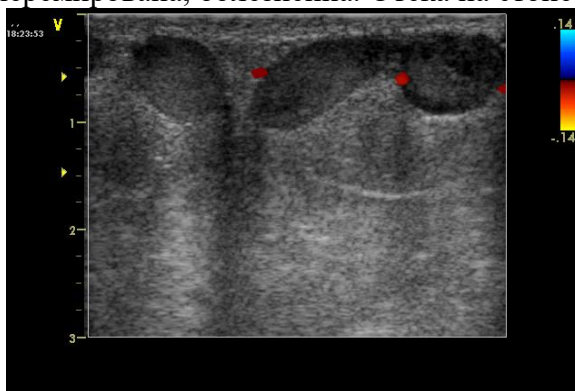
Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Какие осложнения данного заболевания можно наблюдать у больной?

Ситуационная задача № 12.

Больной 46 лет в течение ряда лет страдает варикозным расширением вен нижних конечностей. 3 дня назад появилась болезненность по ходу расширенной вены на заднемедиальной поверхности голени. Болезненность постепенно нарастала. Стал испытывать затруднение при передвижении, температура поднялась до 37,8°C. При осмотре

по ходу вены определяется резкая гиперемия. Вена утолщена, местами четкообразно. Пальпируется в виде резко болезненного шнура. Кожа в окружности несколько инфильтрирована, гиперемирована, болезненна. Отека на стопе и голени нет.

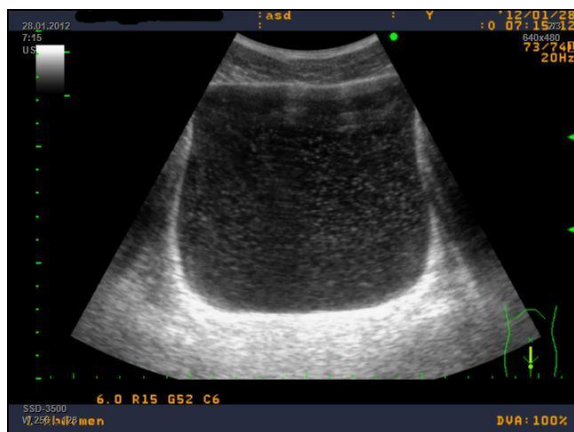


Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Какие осложнения данного заболевания можно наблюдать у больного?

Ситуационная задача № 13.

В послеоперационной палате находится пациент с диагнозом «ущемленная правосторонняя паховая грыжа». Больной жалуется на боли в области послеоперационной раны и внизу живота. При осмотре: температура 37,6°C, пульс 80 ударов в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 130/80 мм рт.ст. Пациент самостоятельно не мочится в течение четырёх часов.



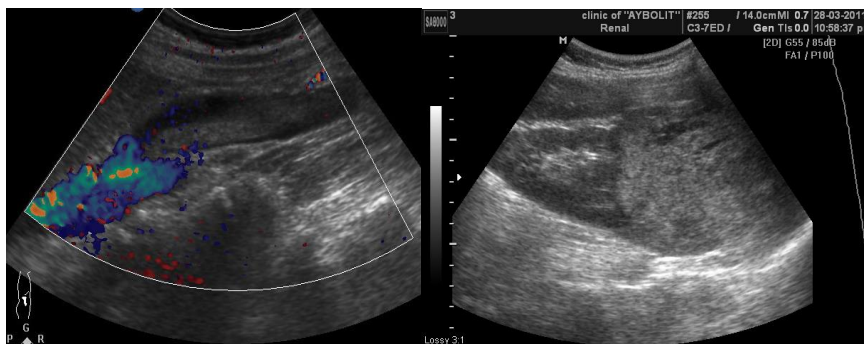
Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача № 14.

Больной К., 68 лет поступил по СМП в урологическое отделение с жалобами на одышку, выраженную слабость, гематурию. Из анамнеза: жил в сельской местности, никогда ни на что не жаловался, к врачу не обращался, хронических заболеваний не имеет. За последние пол года похудел на 6 кг.

При смотре: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные с цианотичным оттенком. Пониженного питания. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. Живот безболезненный, в правой половине пальпируется плотное, бугристое объемное образование. С-ом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание безболезненное, моча темного цвета.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Какие осложнения данного заболевания можно наблюдать у больного?

Ситуационная задача № 15.

В урологическое отделение поступила женщина, 33-х лет, с жалобами на приступообразные боли в левой поясничной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и частыми позывами к мочеиспусканию. На обзорном снимке мочевых путей, на уровне поперечного отростка 3-го поясничного позвонка слева определяется тень, подозрительная на конкремент, размерами 0,8 x 0,5 см.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Какие осложнения данного заболевания можно наблюдать у больной?