

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«АСТРАХАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России)



УТВЕРЖДАЮ
И.о. проректора по
научной работе,
д.м.н., профессор Башкина О.А.
«19» мая 2019 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)
«Нервные болезни»

Направление подготовки: 31.06.01 – Клиническая медицина

Направленность (профиль): Нервные болезни

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Квалификация: Исследователь. Преподаватель-исследователь

Форма обучения: очная, заочная

Срок освоения ОПОП: 3 года очная форма обучения, 4 года заочная форма

Кафедра: неврологии и нейрохирургии с курсом последипломного образования

Всего ЗЕТ – 6, всего часов – 216

из них: аудиторных занятий - 108 часов

в том числе: лекций - 18 часов

практических занятий - 72 часа

научно-практических занятий – 16 часов

консультаций – 2 часа

самостоятельная работа - 108 часов

Формы контроля:

Кандидатский экзамен 5 семестр - очная форма, 6 семестр – заочная форма

Астрахань – 2019

1. Цель и задачи дисциплины:

Целью программы аспирантуры Целью изучения дисциплин является закрепление теоретических знаний, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения и формирование профессиональных компетенций врача-специалиста, т.е. приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач, выполнение научно-исследовательской работы.

Задачами является:

1. Получать информацию о заболевании, применяя объективные методы обследования;
2. Выявлять общие и специфические признаки неврологического заболевания, устанавливать топический диагноз и неврологический синдром;
3. Выявлять очаговую неврологическую симптоматику у больных с поражениями головного мозга, находящихся в коматозном состоянии;
4. Оценивать тяжесть состояния больного, принять необходимые меры выведения его из этого состояния, в том числе определить необходимость реанимационных мероприятий;
5. Определять необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных),
6. Давать правильную интерпретацию и диагностическую оценку результатов рентгенологического исследования черепа и позвоночника, ангиографии, электроэнцефалографии, реоэнцефалографии, доплерографического исследования магистральных артерий, эхоэнцефалографии, электромиографии, а также картины глазного дна и исследования полей зрения; анализ данных аудиометрии, нистагмографии, камертоновых, калорических, вращательных проб.
7. Овладеть методикой использования клинико-генеалогического метода исследования, умение составления родословных.
8. Проведение и оценка нейропсихологического тестирования (праксис, гнозис, речь, письмо, чтение, счет, ориентировка в пространстве, память, мышление)
9. Знание основ психотерапии (рациональная, поведенческая психотерапии, холотропная, гипнотерапия, гештальттерапия, аутотренинг)
10. Заполнение и ведение всех разделов клинической истории болезни. Выписка из истории болезни.
11. Добровольное и обязательное медицинское страхование.
12. Проводить дифференциальную диагностику основных неврологических заболеваний.
13. Обосновать клинический диагноз, схему, план и тактику ведения больного.
14. Давать оценку течения заболевания, предусмотреть возможные осложнения и осуществить их профилактику;
15. Определять программу реабилитационных мероприятий;
16. Уметь составлять программу физиотерапии и осуществлять контроль за ее реализацией
17. Уметь составлять программу реабилитации двигательных расстройств ЛФК, массажа и осуществлять контроль за ее реализацией.
18. Уметь составлять программу санаторно-курортного лечения.
19. Уметь составлять нейрорепедическую программу реабилитации речевых расстройств.
20. Делать люмбальную пункцию и давать диагностическую оценку результатам ликворологического исследования.
21. Выполнять новокаиновые блокады.
22. Основы приемов мануальной терапии.
23. Провести постизометрическую релаксацию мышц.
24. Сухая пункция локальных мышечных гипертонусов.
25. Основы рефлексотерапии.
26. Решать вопрос о трудоспособности больного, направлять пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для освидетельствования на медико-социальную экспертизу.
27. Оформлять медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению.

28. Уметь оказать первую врачебную помощь при неотложных состояниях.

29. Выполнить диссертационное исследование.

Место дисциплины в структуре ОПОП:

В соответствии с ФГОС по направлению подготовки 31.06.01 – Клиническая медицина и профилю подготовки (направленности) – «Нервные болезни» дисциплина (модуль) «Нервные болезни» (Б1.В.01) относится к Вариативной части обязательных дисциплин подготовки научно-педагогических кадров высшей квалификации в аспирантуре.

Требования к результатам освоения дисциплины

Перечень знаний, умений и навыков при формировании компетенций в соответствии с ФГОС ВО:

Показатели освоения компетенции	Код
УК-1Способность к критическому анализу и оценке современных научных достижений, генерированию новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях	
ЗНАТЬ: -методы критического анализа и оценки современных научных достижений, а также методы генерирования новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях.	Код 31 (УК-1)
УМЕТЬ: -анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач и оценивать потенциальные риски реализации этих вариантов; -при решении исследовательских и практических задач генерировать новые идеи, поддающиеся операционализации исходя из наличных ресурсов и ограничений.	Код У1 (УК-1) Код У2 (УК-1)
ВЛАДЕТЬ: -навыками анализа методологических проблем, возникающих при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях; -навыками критического анализа и оценки современных научных достижений и результатов деятельности по решению исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях.	Код В1 (УК-1) Код В2 (УК-1)
УК-5 способность следовать этическим нормам в профессиональной деятельности	
ЗНАТЬ: -сущность, структуру и принципы этических основ профессиональной деятельности; -нормативно-правовые документы, регламентирующие морально-этические нормы в профессиональной деятельности.	Код 31(УК-5) Код 32(УК-5)
УМЕТЬ: -принимать решения и выстраивать линию профессионального поведения с учетом этических норм, принятых в соответствующей области профессиональной деятельности; -применять методы, приемы и средства предотвращения и разрешения конфликтных ситуаций с учетом нравственно-этических норм; -осуществлять личностный выбор в различных профессиональных и морально-ценностных ситуациях, оценивать последствия принятого решения и нести за него ответственность.	Код У1 (УК-5) Код У2 (УК-5) Код У3 (УК-5)
ВЛАДЕТЬ: -навыками профессионального сопровождения студентов в образовательной деятельности и профессионально-личностном развитии с учетом профессиональной этики; -навыками организации работы исследовательского коллектива на основе	Код В1(УК-5) Код В2 (УК-5)

соблюдения принципов профессиональной этики.	
УК-6 способность планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития	
ЗНАТЬ: -сущность, структуру и принципы процесса профессионально-творческого саморазвития; -методы профессионального и личностного самообразования, проектирования дальнейшего образовательного маршрута и профессиональной карьеры.	Код 31(УК-6) Код 32(УК-6)
УМЕТЬ -выстраивать индивидуальные траектории профессионально-творческого саморазвития; -организовывать собственную профессиональную деятельность, стимулирующую профессионально-личностное развитие.	Код У1(УК-6) Код У2(УК-6)
ВЛАДЕТЬ: -способами оценки сформированности профессионально-значимых качеств, необходимых для эффективного решения профессиональных задач; -умениями и навыками профессионально-творческого саморазвития на основе компетентностного подхода.	Код В1(УК-6) Код В2(УК-6)
ОПК-1 способность и готовность к организации проведения прикладных научных исследований в области биологии и медицины	
ЗНАТЬ: -знать основные источники и методы поиска научной информации; -принципы доказательной медицины, теоретические основы информационных компьютерных систем в медицине и здравоохранении.	Код 31(ОПК-1) Код 32(ОПК-1)
УМЕТЬ: -использовать наиболее эффективные способы организации проведения прикладных научных исследований в области биологии и медицины; -определить перспективные направления научных междисциплинарных исследований; -формировать контент прикладного научного исследования; -выделять и обосновывать авторский вклад в проводимое прикладное научное исследование, оценивать его научную новизну и практическую значимость.	Код У1 (ОПК-1) Код У2 (ОПК-1) Код У3(ОПК-1) Код У4 (ОПК-1)
ВЛАДЕТЬ: -навыками организации и проведения прикладных научных исследований; -навыками совершенствования и развития своего научно-творческого потенциала; -навыками разработки и реализации моделей и научных проектов в области биологии и медицины.	Код В1(ОПК-1) Код В2 (ОПК-1) Код В3 (ОПК-1)
ОПК-2 способность и готовность к проведению прикладных научных исследований в области биологии и медицины	
ЗНАТЬ: -основной круг проблем, встречающихся в научной деятельности, и основные способы (методы, алгоритмы) их решения; -пути осуществления комплексных исследований в области биологии и медицины; -современные методы научного исследования; -принципы и методы ретроспективного и проспективного анализа в научных исследованиях в области медицины.	Код 31(ОПК-2) Код 32(ОПК-2) Код 33 (ОПК-2) Код 34(ОПК-2)
УМЕТЬ: -определять перспективные направления научных междисциплинарных	Код У1 (ОПК-2)

исследований, используя зарубежные источники; -анализировать, обобщать и систематизировать передовые достижения научной мысли в области медицины; -правильно, с научных позиций анализировать получаемую через средства научной коммуникации информацию и применять ее в научных исследованиях; -выделять и обосновывать авторский вклад в проводимые исследования, оценивать его научную новизну и практическую значимость.	Код У2 (ОПК-2) Код У3(ОПК-2) Код У4 (ОПК-2)
ВЛАДЕТЬ: -современными методами, инструментами и технологией научно-исследовательской и проектной деятельности в области биологии и медицины; -навыками публикации результатов научных исследований, в том числе, в отечественных и зарубежных рецензируемых научных изданиях; -навыками отбора и анализа научной литературы на иностранном языке.	Код В1(ОПК-2) Код В2(ОПК-2) Код В3 (ОПК-2)
ОПК-4 готовность к внедрению разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан	
ЗНАТЬ: -методы критического анализа и оценки современных научных достижений, а также методы генерирования новых идей при решении исследовательских и практических задач; -основные понятия и объекты интеллектуальной собственности, правила составления и подачи заявки на выдачу патента на изобретение; -современные принципы разработки новых методов профилактики и лечения болезней человека, направленные на сохранение здоровья населения и улучшения качества жизни.	Код 31(ОПК-4) Код 32(ОПК-4) Код 33 (ОПК-4)
УМЕТЬ: -находить наиболее эффективные методы внедрения разработанных методик, направленных на сохранение здоровья и улучшение качества жизни граждан; -оформлять и систематизировать методические рекомендации по использованию новых методов профилактики и лечения болезней человека; -анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач и оценивать потенциальные результаты внедрения этих вариантов.	Код У1 (ОПК-4) Код У2(ОПК-4) Код У3(ОПК-4)
ВЛАДЕТЬ: -навыками критического анализа и оценки современных научных достижений и результатов деятельности по решению исследовательских и практических задач в области здравоохранения; -навыками внедрения разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан на основе сравнительного анализа конечных результатов научной деятельности.	Код В1(ОПК-4) Код В2(ОПК-4)
ОПК-5 способность и готовность к использованию лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных	
ЗНАТЬ: -современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики для получения научных данных; -возможности использования лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных.	Код 31(ОПК-5) Код 32(ОПК-5)
УМЕТЬ: -проводить оценку параметров лабораторных и инструментальных данных на государственном и иностранном языках;	Код У1(ОПК-5) Код У2 (ОПК-5)

-применять разные методы и подходы к решению одних и тех же научных задач с использованием лабораторных и инструментальных баз; -определить объем необходимых лабораторно-инструментальных методов исследований.	Код У3(ОПК-5)
ВЛАДЕТЬ: -навыками интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики; -современными эффективными способами интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики.	Код В1(ОПК-5) Код В2(ОПК-5)
ПК-1 способность и готовность к планированию, организации и проведению научно-исследовательской работы в области неврологии с выбором оптимальных методов исследования, соблюдением принципов доказательной медицины, с целью получения новых научных данных, значимых для медицинской отрасли наук	
ЗНАТЬ: -современные теоретические и экспериментальные методы научного исследования в области неврологии; -основные методы планирования, организации и проведения научно-исследовательской работы в области неврологии.	Код 31 (ПК-1) Код 35 (ПК-1)
УМЕТЬ: -использовать прикладные знания для развития новейших научных подходов смежной ориентации на границах ряда научных дисциплин в области неврологии.	Код У1(ПК-1)
ВЛАДЕТЬ: -принципами доказательной медицины с целью получения новых научных закономерностей в области неврологии.	Код В3 (ПК-1)
ПК-2 способность и готовность к внедрению результатов научной деятельности, новых методов и методик в практическое здравоохранение с целью повышения эффективности профилактики и лечения различных форм неврологических заболеваний	
ЗНАТЬ: -современные перспективные направления и научные разработки, современные способы в области неврологии; -результаты научной деятельности, новых методов и методик с целью повышения эффективности диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний.	Код 31 (ПК-2) Код 34 (ПК-2)
УМЕТЬ: -самостоятельно приобретать и использовать в практической деятельности новые научные знания и умения в области неврологии; -получать новую информацию путем анализа данных из научных источников на государственном и иностранном языках.	Код У1(ПК-2) Код У2(ПК-2)
ВЛАДЕТЬ: -навыками самостоятельного приобретения знаний и умений, необходимых для ведения научно-исследовательской деятельности, напрямую не связанных с профилем подготовки; -навыками поиска научной информации; -новыми методами и методиками с целью повышения эффективности диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний.	Код В1 (ПК-2) Код В2 (ПК-2) Код В3 (ПК-2)

Раздел	Код освоения компетенции
Общая неврология	УК-1: 31, У1, У2, В1,В2
Частная неврология	УК-5: 31, 32, У1, У2, У3, В1, В2

Дополнительные методы исследования в неврологии	УК-6: 31, 32, У1, У2, В1, В2 ОПК-1: 31, 32, У1, У2, У3, У4, В1, В2, В3 ОПК-2: 31, 32, 33, 34, У1, У2, У3, У4, В1, В2, В3 ОПК-4: 31, 32, 33, У1, У2, У3, В1, В2 ОПК-5: 31, 32, У1, У2, У3, В1, В2 ПК-1: 31, 35, У1, В3 ПК-2: 31, 34, У1, У2, В1, В2, В3
---	--

4. Объем дисциплины и виды учебной работы

Общая трудоемкость дисциплины составляет 6 ЗЕТ

№ п/п	Виды учебной работы	Всего часов
1.	Аудиторные занятия	108
	Лекции	18
	Практические занятия	72
	Научно-практические занятия	16
	Консультации	2
2.	Самостоятельная работа	108
	В том числе: самоподготовка (самостоятельное изучение разделов дисциплины), реферирование, подготовка к практическим занятиям и т.д.	

5. Содержание дисциплины

5.1. Содержание разделов дисциплины

Раздел	Структура раздела
Общая неврология	Анатомия и физиология нервной системы. Семиотика и топическая диагностика заболеваний центральной и периферической нервной системы. Двигательные расстройства (пирамидные, экстрапирамидные, мозжечковые), нарушения общей чувствительности, патология черепно-мозговых нервов, вегетативная нервная система в норме и патологии, высшие психические функции в норме и патологии.
Частная неврология	Основные синдромы поражения нервной системы (боль, головокружение и нарушение равновесия, повышение внутричерепного давления, гидроцефалия, дислокационные синдромы, нарушения сознания, деменция, нарушения сна). Острые и хронические сосудистые заболевания головного и спинного мозга. Эпилепсия и другие пароксизмальные расстройства (в т.ч. синкопальные состояния). Головные и лицевые боли. Заболевания периферической нервной системы, вертеброневрология. Нервно-мышечные заболевания. Перинатальные поражения нервной системы. Врожденные аномалии. Наследственные заболевания нервной системы. Нейродегенеративные заболевания. Инфекционные заболевания нервной системы. Демиелинизирующие заболевания нервной системы. Черепно-мозговая и спинальная травма. Опухоли нервной системы. Соматоневрология. Нейрореабилитация, восстановление и компенсация нарушенных функций при поражении нервной системы. Экспертиза трудоспособности. Принципы организации неврологической помощи.
Дополнительные	Поясничная пункция и исследование цереброспинальной жидкости.

методы исследования в неврологии	Нейровизуализационные методы исследования. Рентгенография черепа и позвоночника. Церебральная и спинальная ангиография. Миелография. Рентгеновская компьютерная томография. Магнитно-резонансная томография. Электроэнцефалография. Вызванные потенциалы нервной системы. Электронейромиография и электронейрография. Магнитная стимуляция нервной системы. Ультразвуковая доплерография. Ультразвуковое дуплексное сканирование. Генодиагностика в неврологии.
----------------------------------	---

6. Распределение трудоемкости (очная/заочная форма обучения)

6.1. Разделы дисциплины, виды учебной работы и формы текущего контроля

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Виды учебной работы (в академ.ч.)					Виды оценочных средств
		Л	ПЗ	НПЗ	Конс	СР	
1	Общая неврология	6	24	4		36	собеседование по ситуационным задачам, тестирование
2	Частная неврология	6	30	4		36	собеседование по ситуационным задачам, тестирование
3	Дополнительные методы исследования в неврологии	6	18	8		36	собеседование по ситуационным задачам, тестирование
	Итого	18	72	16	2	108	

6.2. Распределение лекций

№ п/п	Наименование тем лекций	Объем в часах
1	Анатомия и физиология нервной системы.	2
2	Семиотика и топическая диагностика заболеваний центральной и периферической нервной системы.	2
3	Двигательные расстройства (пирамидные, экстрапирамидные, мозжечковые), нарушения общей чувствительности, патология черепно-мозговых нервов, вегетативная нервная система в норме и патологии, высшие психические функции в норме и патологии.	2
4	Основные синдромы поражения нервной системы (боль, головокружение и нарушение равновесия, повышение внутричерепного давления, гидроцефалия, дислокационные синдромы, нарушения сознания, деменция, нарушения сна).	1
5	Острые и хронические сосудистые заболевания головного и спинного мозга.	1
6	Эпилепсия и другие пароксизмальные расстройства (в т.ч. синкопальные состояния).	1
7	Головные и лицевые боли.	1
8	Заболевания периферической нервной системы, вертеброневрология.	1
9	Черепно-мозговая и спинальная травма.	1

10	Поясничная пункция и исследование цереброспинальной жидкости. Нейровизуализационные методы исследования.	2
11	Рентгенография черепа и позвоночника. Церебральная и спинальная ангиография. Миелография. Рентгеновская компьютерная томография. Магнитно-резонансная томография.	2
12	Электроэнцефалография. Вызванные потенциалы нервной системы. Электронейромиография и электронейрография. Магнитная стимуляция нервной системы. Ультразвуковая доплерография. Ультразвуковое дуплексное сканирование. Генодиагностика в неврологии.	2
	Итого (всего - часов)	18

6.3. Распределение практических занятий

Раздел	Наименование тем практических занятий	Объем в часах
Общая неврология	Анатомия и физиология нервной системы.	4
	Семиотика и топическая диагностика заболеваний центральной и периферической нервной системы.	4
	Нарушения общей чувствительности.	4
	Патология черепно-мозговых нервов.	4
	Вегетативная нервная система в норме и патологии	4
	Высшие психические функции в норме и патологии.	4
Частная неврология	Основные синдромы поражения нервной системы (боль, головокружение и нарушение равновесия, повышение внутричерепного давления, гидроцефалия, дислокационные синдромы, нарушения сознания, деменция, нарушения сна).	4
	Острые и хронические сосудистые заболевания головного и спинного мозга.	4
	Заболевания периферической нервной системы, вертеброневрология. Нервно-мышечные заболевания.	4
	Перинатальные поражения нервной системы. Врожденные аномалии. Наследственные заболевания нервной системы.	4
	Нейродегенеративные заболевания.	2
	Инфекционные заболевания нервной системы.	2
	Демиелинизирующие заболевания нервной системы.	2
	Черепно-мозговая и спинальная травма.	2
	Опухоли нервной системы.	2
	Соматоневрология.	2
	Нейрореабилитация, восстановление и компенсация нарушенных функций при поражении нервной системы. Экспертиза трудоспособности. Принципы организации неврологической помощи.	2
Дополнительные методы исследования в неврологии	Поясничная пункция и исследование цереброспинальной жидкости.	4
	Рентгенография черепа и позвоночника.	2
	Церебральная и спинальная ангиография. Миелография..	2
	Рентгеновская компьютерная томография. Магнитно-	4

	резонансная томография.	
	Электроэнцефалография. Вызванные потенциалы нервной системы.	2
	Электронейромиография и электронейрография. Магнитная стимуляция нервной системы	4
	Итого (всего - часов)	72

6.4. Распределение научно-практических занятий

Раздел	Наименование тем научно-практических занятий	Объем в часах
Общая неврология	Двигательные расстройства (пирамидные, экстрапирамидные, мозжечковые)	4
Частная неврология	Эпилепсия и другие пароксизмальные расстройства (в т.ч. синкопальные состояния).	2
	Головные и лицевые боли.	2
Дополнительные методы исследования в неврологии	Ультразвуковая доплерография. Ультразвуковое дуплексное сканирование.	4
	Генодиагностика в неврологии.	4
	Итого (всего - часов)	16

6.5. Распределение самостоятельной работы

№ п/п	Наименование вида самостоятельной работы	Объем в часах
	Работа с лекционным материалом, учебной и научной литературой	18
	Работа с нормативными документами	18
	Написание рефератов, подготовка докладов, выступлений	18
	Решение ситуационных задач	18
	Подготовка к промежуточной аттестации	36
	Итого (всего - часов)	108

7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

7.1. Основная литература

1. Скоромец А. А. Нервные болезни : учеб. пособие / А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец. - 8-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2014. - 554 с.
2. Скоромец А. А. Нервные болезни : учеб. пособие / А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец. - 4-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2010. - 554 с.

7.2. Дополнительная литература

1. Гусев Е. И. Неврология и нейрохирургия. Т. 1 : Неврология : учебник / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова ; под ред. А. Н. Коновалова, А. В. Козлова. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 640 с. - Текст: электронный // Электронная библиотечная система «Консультант студента» - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429013.html> (дата обращения 28.02.2020). - Режим доступа : для авторизованных пользователей.
2. Епифанов В. А. Реабилитация в неврологии : руководство / В. А. Епифанов, А. В. Епифанов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 416 с. - Текст: электронный // Электронная библиотечная система «Консультант студента» - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970428504.html> (дата обращения 28.02.2020). - Режим доступа : для авторизованных пользователей.
3. Скоромец А. А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы : руководство / А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец. - 8-е изд., перераб. и доп. - СПб. : Политехника, 2012. - 623 с. - Текст: электронный // Электронная библиотечная система

«Консультант студента» - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785732510096.html> (дата обращения 28.02.2020). - Режим доступа : для авторизованных пользователей.

4. Петрухин А. С. Детская неврология. Т. 2 : Клиническая неврология : учебник / А. С. Петрухин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 560 с. - Текст: электронный // Электронная библиотечная система «Консультант студента» - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422632.html> (дата обращения 28.02.2020). - Режим доступа : для авторизованных пользователей.

5. Кадыков А. С. Практическая неврология : руководство для врачей / под ред. А. С. Кадыкова, Л. С. Манвелова, В. В. Шведкова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 448 с. - Текст: электронный // Электронная библиотечная система «Консультант студента» - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970417119.html> (дата обращения 28.02.2020). - Режим доступа : для авторизованных пользователей

7.3. Базы данных, справочные и поисковые системы, интернет ресурсы, ссылки

1. Неврологический журнал.
2. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.

ИНТЕРНЕТ- РЕСУРСЫ

Информационно – справочные системы - Интернет ресурсы, отвечающие тематике дисциплины, в том числе: базы данных MEDLINE, WebMedLit, PubMed, Национальная электронная библиотека и др.

8. Материально-техническое и кадровое обеспечение дисциплины

8.1. Кадровое обеспечение

№ п/п	Ф.И.О. преподавателя, реализующего программу	Условия привлечения (штатный, внутренний/внешний совместитель, по договору)	Должность, ученая степень, ученое звание	Стаж практической работы по профилю образовательной программы
1	Белопасов Владимир Викторович	Основное место работы	Д.м.н.. профессор зав.кафедрой неврологии и нейрохирургии с курсом последипломного образования	

8.2. Материально-техническое обеспечение

№ п/п	Наименование специальных помещений и помещений для самостоятельной работы (с указанием адреса и площади)	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы оборудованием
	помещения для проведения занятий лекционного типа, для проведения занятий семинарского типа, текущего контроля и промежуточной аттестации по адресу г. Астрахань, ул. Татищева, д.2, ул. Бакинская, д.121, литер А, 5 этаж, симуляционный центр	Комплект учебной мебели для преподавателя и обучающихся на 12 посадочных мест. Демонстрационное оборудование: мультимедийный комплекс (ноутбук, проектор, экран); таблицы; муляжи; набор методических пособий
	Помещение для самостоятельной	Учебно-специализированная мебель:

	работы по адресу г. Астрахань, ул. Бакинская, д.121, литер А, 2 этаж, аудитория 243а, 243б	столы 70, стулья 70. Демонстрационное оборудование: компьютеры 17 шт., с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа в электронную информационно образовательную среду организации.
--	---	--

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«АСТРАХАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ

И.о. проректора по
научной работе,
д.м.н., профессор Башкина О.А.



«19» мая 20 19 г.

Фонд оценочных средств дисциплины (модуля)

«Нервные болезни»

Направление подготовки: 31.06.01 – Клиническая медицина

Направленность (профиль): Нервные болезни

Квалификация: Исследователь. Преподаватель-исследователь

Форма обучения: очная, заочная

Астрахань – 20 19

Тестовые задания

Раздел 1. КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

01.1. При поражении отводящего нерва возникает паралич глазодвигательной мышцы

- а) верхней прямой
- б) наружной прямой
- в) нижней прямой
- г) нижней косой
- д) верхней косой

01.2. 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

01.3. Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне T10 дерматомы, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента

- а) T6 или T7
- б) T8 или T9
- в) T9 или T10
- г) T10 или T11
- д) T11 или T12

01.4. При центральном параличе наблюдается

- а) атрофия мышц
- б) повышение сухожильных рефлексов
- в) нарушение чувствительности по полиневритическому типу
- г) нарушения электровозбудимости нервов и мышц
- д) фибриллярные подергивания

01.5. Хореический гиперкинез возникает при поражении

- а) палеостриатума
- б) неостриатума
- в) медиального бледного шара
- г) латерального бледного шара
- д) мозжечка

01.6. Волокна глубокой чувствительности для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии

- а) латерально
- б) медиально
- в) вентрально
- г) дорсально
- д) вентролатерально

01.7. Волокна глубокой чувствительности для туловища и верхних конечностей располагаются в клиновидном пучке задних канатиков по отношению к средней линии

- а) латерально
- б) медиально
- в) вентрально
- г) дорсально
- д) вентромедиально

01.8. 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
- д) в мозжечке

01.9. Основным медиатором тормозного действия является

- а) ацетилхолин
- б) ГАМК
- в) норадреналин
- г) адреналин
- д) дофамин

01.10. 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
- д) в мозжечке

01.11. Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия

- а) мозжечковая
- б) сенситивная
- в) вестибулярная
- г) лобная
- д) смешанная

01.12. Регуляция мышечного тонуса мозжечком при изменении положения тела в пространстве осуществляется через

- а) красное ядро
- б) люисово тело
- в) черное вещество
- г) полосатое тело
- д) голубое пятно

01.13. Биназальная гемианопсия наступает при поражении

- а) центральных отделов перекреста зрительных нервов
- б) наружных отделов перекреста зрительных нервов
- в) зрительной лучистости
- г) зрительных трактов
- д) черного вещества

01.14. К концентрическому сужению полей зрения приводит сдавление

- а) зрительного тракта
- б) зрительного перекреста
- в) наружного коленчатого тела
- г) зрительной лучистости
- д) черного вещества

01.15. При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия

- а) биназальная
- б) гомонимная
- в) битемпоральная
- г) нижнеквадрантная
- д) верхнеквадрантная

01.16. Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении

- а) зрительного тракта
- б) зрительного перекреста

в) зрительной лучистости

г) внутренней капсулы

д) зрительного нерва

01.17. Через верхние ножки мозжечка проходит путь

а) задний спинно-мозжечковый

б) передний спинно-мозжечковый

в) лобно-мосто-мозжечковый

г) затылочно-височно-мосто-мозжечковый

д) спинно-мозжечковый

01.18. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении

а) обонятельного бугорка

б) обонятельной луковицы

в) височной доли

г) теменной доли

д) лобной доли

01.19. 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

д) лобной доли

01.20. 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

д) моста мозга

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В НЕВРОЛОГИИ

03.1. 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

д) надавливанием на глазные яблоки

03.2. 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

д) на боли в одной половине лица, сопровождающиеся головокружением

03.3. Содержание хлоридов в спинномозговой жидкости в норме колеблется в пределах

а) 80-110 ммоль/л

б) 40-60 ммоль/л

в) 203-260 ммоль/л

г) 120-130 ммоль/л

д) 150 -200 ммоль/л

03.4. Эпидемиологический анамнез важен при подозрении

а) на менингококковый менингит

- б) на герпетический менингоэнцефалит
- в) на грибковый менингит
- г) на менингит, вызванный синегнойной палочкой
- д) на пневмококковый менингит

03.5. 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

03.6. 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

03.7. 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
- д) выполнить действия по подражанию

03.8. 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
- д) проверить устный счет

03.9. 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
- д) сделать несколько шагов с закрытыми глазами

03.10. 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

03.11. Интенционное дрожание и промахивание при выполнении пальценосовой пробы характерно

- а) для статико-локомоторной атаксии
- б) для динамической атаксии
- в) для лобной атаксии
- г) для сенситивной атаксии
- д) для всех форм атаксии

03.12. 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
- д) сесть из положения лежа на спине со скрещенными на груди руками

03.13. 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
- д) спинной сухотки

03.14. 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
- д) сдавливают икроножные мышцы

03.15. В норме учащение пульса при исследовании вегетативных рефлексов вызывает проба

- а) Ашнера (глазосердечный рефлекс)
- б) клиностатическая
- в) ортостатическая
- г) шейно-сердечная (синокаротидный рефлекс)
- д) все указанные пробы

03.16. 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
- д) температуру предметов

03.17. 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
- д) все перечисленное

03.18. Координаторная синкинезия при произвольных движениях здоровых мышц характеризуется появлением в паретичных мышцах

- а) физиологически адекватных движений
- б) хореоатетоидных гиперкинезов
- в) мышечной ригидности
- г) произвольных сокращений с физиологически неадекватным движением
- д) фибриллярных подергиваний

03.19. При повреждении наружных участков перекреста зрительных нервов периметрия выявляет

- а) одностороннюю гомонимную гемианопсию
- б) нижнеквадрантную гемианопсию
- в) битемпоральную гемианопсию

- г) биназальную гемианопсию
- д) верхнеквадрантную гемианопсию

03.20. Основным патологическим рефлексом сгибательного типа является рефлекс

- а) Баби некого
- б) Оппенгейма
- в) Россолимо
- г) Гордона
- д) Чеддока

ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

04.1. 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
- д) лазикс

04.2. Для коррекции падения сердечной деятельности при острой тяжелой черепно-мозговой травме целесообразно назначение

- а) адреналина
- б) норадреналина
- в) мезатона
- г) дофамина
- д) сульфокамфокаин

04.3. Наиболее эффективными корректорами гиперметаболизма при тяжелой черепно-мозговой травме являются

- а) ингибиторы МАО
- б) трициклические антидепрессанты
- в) нейролептики
- г) барбитураты
- д) все перечисленные препараты

04.4. Чтобы купировать психомоторное возбуждение при тяжелой черепно-мозговой травме, применяют

- а) диазепам
- б) аминазин
- в) пропазин
- г) гексенал
- д) любой из перечисленных препаратов

04.5. Из перечисленных антибиотиков наибольшей способностью проникать через ГЭБ обладает

- а) цефалексин
- б) клиндамицин
- в) рифампицин
- г) цефтриаксон
- д) эритромицин

04.6. Для лечения гиперосмолярного синдрома при тяжелой черепно-мозговой травме не следует применять

- а) маннитол
- б) реополиглюкин
- в) полиглюкин
- г) альбумин
- д) 5% раствор глюкозы

04.7. 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
- д) полиглюкин

04.8. 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

04.9. К «дневным» транквилизаторам относится

- а) мидазолам (флормидал)
- б) нитразепам (эуноктин)
- в) диазепам (реланиум)
- г) тофизепам (грандаксин)
- д) лоразепам (мерлит)

04.10. 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) применение противопоказано

04.11. При аллергии к пенициллину не следует назначать

- а) гентамицин
- б) ампиокс
- в) биомицин
- г) левомецетин
- д) морфоциклин

04.12. 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) реополиглюкина
- д) полиглюкина

04.13. 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
- д) глюкокортикоидов

04.14. 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

04.15. Медикаментозную полиневропатию могут вызывать

а) цитостатики

б) туберкулостатические препараты

в) нитрофураны (фуразолидон, фурадонин)

г) противомаларийные препараты

д) препараты всех перечисленных групп

04.16. Медикаментозный миопатический синдром не вызывают

а) кортикостероиды

б) хлорохин

в) аминогликозиды

г) антихолинэстеразные препараты

д) все перечисленные препараты

04.17. Психопатологические побочные эффекты могут вызывать

а) кортикостероиды

б) противосудорожные препараты

в) противопаркинсонические препараты

г) центральные антигипертензивные препараты

д) все перечисленные препараты

04.18. К ингибиторам МАО относятся

а) нуредаль, беллазон

б) аминазин, тизерцин

в) седуксен, радедорм

г) амитриптилин, триптизол

д) L-допа, наком

04.19. К нейролептикам бутирофенонового ряда относятся

а) аминазин, тизерцин

б) трифтазин, френолон

в) меллерил, сонопакс

г) галоперидол, дроперидол

д) лепонекс, сульпирид

04.20. Нейролептическое действие аминазина обусловлено блокадой рецепторов

а) адреналина

б) норадреналина

в) дофамина

г) ацетилхолина

д) серотонина

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

05.1. В основу классификации полиневропатий положен следующий принцип

а) этиология заболевания

б) особенность течения заболевания

в) особенность клинической картины

г) морфологический субстрат поражения

д) морфологический субстрат поражения и клиническая картина

05.2. Фактором, определяющим поражение нервов при дифтерийной полиневропатии, является

а) инфекционный

б) токсический

в) сосудистый

г) метаболический

д) компрессионный

05.3. Для дифтерийной полиневропатии характерно наличие

- а) нижнего спастического парализа
- б) мозжечковой атаксии
- в) диссоциированных расстройств чувствительности
- г) расстройств глубокой чувствительности
- д) псевдобульбарного синдрома

05.4. Для синдрома ущемления большеберцового нерва (синдром тарзального канала) характерны

- а) боль в области голени
- б) припухлость в области наружной лодыжки
- в) парезы сгибателей пальцев стопы
- г) гипотрофия перонеальной группы мышц
- д) сенситивная атаксия

05.5. Инфекционный полиневрит вызывают возбудители:

- а) дифтерии
- б) ботулизма
- в) проказы
- г) столбняка
- д) бешенства

05.6. Для полиневропатии Гийена - Барре характерно

- а) поражение черепных нервов
- б) выраженные тазовые расстройства
- в) стойкая двусторонняя пирамидная симптоматика
- г) отсутствие повышения белка в ликворе
- д) выраженный менингеальный синдром

05.7. Для полиневропатии 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
- д) с 4-й недели заболевания

05.8. К демиелинизирующим относится полиневропатия

- а) Гийена - Барре
- б) диабетическая
- в) порфирическая
- г) гипотиреоидная
- д) алкогольная

05.9. Для невропатии 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

05.10. При поражении языкоглоточного нерва наблюдается

- а) нарушение вкуса на задней 1/3 языка
- б) парез гортани
- в) парез мягкого неба
- г) атрофия языка
- д) оро-фациальная дистония

05.11. Для невропатии добавочного нерва характерно

- а) опущение лопатки
- б) атрофия дельтовидной мышцы

- в) затруднение глотания
- г) слабость I и II пальцев кисти
- д) атрофия гипотенара

05.12 Поражение ядра подъязычного нерва от надъядерного поражения отличается наличием

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

05.13. Признаками невропатии срединного нерва являются

- а) слабость IV и V пальцев кисти
- б) снижение чувствительности на ладонной поверхности IV, V пальцев
- в) слабость I, II пальцев кисти
- г) болезненность руки при отведении ее за спину
- д) слабость и атрофия дельтовидной мышцы

05.14. Признаками поражения лучевого нерва являются

- а) когтистая кисть
- б) невозможность разгибания кисти
- в) невозможность отведения V пальца
- г) боль в области V пальца
- д) гиперкератоз кожи ладони

05.15. При невропатии локтевого нерва наблюдается

- а) «свисающая кисть»
- б) нарушение чувствительности в области I, II пальцев кисти
- в) невозможность приведения IV, V пальцев
- г) ангидроз кожи ладони
- д) боль в области II и III пальцев

05.16. При невропатии бедренного нерва наблюдается

- а) симптом Ласега
- б) слабость четырехглавой мышцы бедра
- в) отсутствие ахиллова рефлекса
- г) атрофия мышц голени
- д) боль в области коленного сустава

05.17. Клиническими признаками невропатии наружного кожного нерва бедра являются

- а) снижение коленного рефлекса
- б) гипестезия по наружной передней поверхности бедра
- в) слабость четырехглавой мышцы бедра
- г) симптом Ласега
- д) отсутствие ахиллова рефлекса

05.18. При невропатии седалищного нерва наблюдается

- а) симптом Вассермана
- б) выпадение ахиллова рефлекса
- в) выпадение коленного рефлекса
- г) гипестезия по наружной передней поверхности бедра
- д) отек в области наружной лодыжки

05.19. Клиническими признаками поражения малоберцового нерва являются

- а) парез разгибателей стопы
- б) гипестезия по внутренней поверхности голени
- в) выпадение ахиллова рефлекса
- г) симптом Вассермана
- д) отек в области наружной лодыжки

05.20. 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 челюстном каналах
- г) сдавление ветвей нерва в челюстном канале
- д) все перечисленное

ИНФЕКЦИОННЫЕ И ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

06.1. Острый некротический энцефалит вызывают вирусы

- а) Коксаки
- б) простого герпеса
- в) кори
- г) паротита
- д) аденовирусы

06.2. 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

06.3. К редким синдромам энцефалита Экономо относят

- а) глазодвигательные расстройства
- б) патологические стопные знаки
- в) нарушения сна
- г) вегетативные расстройства
- д) поражение лицевых нервов

06.4. Острый клещевой энцефалит характеризуется

- а) пиком заболеваемости в осенне-зимний период
- б) отсутствием менингального синдрома
- в) снижением внутричерепного давления
- г) вялыми парезами и параличами мышц плечевого пояса
- д) нейтрофильным цитозом в ликворе

06.5. Общесоматические проявления СПИДа включают

- а) длительную лихорадку и ночной пот
- б) диарею
- в) генерализованную лимфаденопатию
- г) потерю массы тела
- д) все перечисленное

06.6. При вирусных энцефалитах в ликворе наблюдается

- а) лимфоцитарный плеоцитоз
- б) снижение содержания белка
- в) увеличение содержания хлоридов
- г) увеличение содержания глюкозы
- д) верно все перечисленное

06.7. Для этиотропной терапии герпетического энцефалита применяется

- а) оксолин
- б) пefлоксацин
- в) ацикловир
- г) цефтриаксон
- д) эритромицин

06.8. 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) признаки застоя на глазном дне
- д) очаговая неврологическая симптоматика

06.9. Серозный менингит может быть вызван следующими бактериями

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

06.10. Наиболее эффективным антибиотиком (из перечисленных) при лечении гнойного менингита, вызванного стафилококком, является

- а) бензилпенициллин
- б) клиндамицин
- в) эритромицин
- г) цефтриаксон
- д) ампициллин

06.11. Клиническую картину острого лимфоцитарного хориоменингита Армстронга отличает значительная выраженность

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

06.12. При менингитах, вызванных вирусами Коксаки и ЕСНО наблюдается

- а) подострое начало без лихорадки
- б) полимиалгия
- в) нейтрофильный плеоцитоз
- г) тяжелое течение и грубые резидуальные симптомы
- д) верно все перечисленное

06.13. Для коррекции патологической мышечной спастичности при рассеянном склерозе целесообразно назначить

- а) аминалон
- б) фенибут
- в) пантогам
- г) тизанидин
- д) мидокалм

06.14. Морфологическим субстратом пирамидных симптомов при остром рассеянном энцефаломиелите являются

- а) пролиферация мезоглии в белом веществе
- б) очаги ишемии в головном мозге
- в) распад миелина
- г) периваскулярный отек
- д) все перечисленное

06.15. Высокая контагиозность характерна для менингита, вызванного

- а) синегнойной палочкой
- б) стафилококками
- в) вирусом простого герпеса
- г) вирусами Коксаки и ЕСНО
- д) пневмококком

06.16. Двигательные и чувствительные нарушения при остром рассеянном энцефаломиелите обусловлены поражением

- а) головного и спинного мозга
- б) оболочек мозга
- в) корешков спинного мозга
- г) периферических нервов
- д) спинальных ганглиев

06.17. 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 Грассиоле в затылочной доле
- д) коркового отдела зрительного анализатора в затылочной доле

06.18. 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
- д) иммуностимуляторы

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

- а) атрофии мышц
- б) фибриллярных подергиваний
- в) вялых параличей конечностей
- г) слабостью шейных мышц
- д) нижним спастическим парапарезом

06.20. Морфологические изменения при дифтерийной полиневропатии обусловлены

- а) лимфоидной инфильтрацией периферических нервов
- б) дегенерацией аксонов
- в) сегментарной демиелинизацией
- г) пролиферацией шванновских клеток
- д) периваскулярным отеком

СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

07.1. Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие

- а) гомонимной гемианопсии
- б) битемпоральной гемианопсии
- в) биназальной гемианопсии
- г) концентрического сужения полей зрения
- д) отека дисков зрительных нервов

07.2. В развитии недостаточности кровоснабжения мозга при атеросклерозе играют роль следующие факторы

- а) пролапс митрального клапана
- б) повышение фибринолитической активности крови
- в) снижения активности свертывающей системы
- г) стеноз магистральных сосудов на шее
- д) все перечисленное

07.3. 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

07.4. Диагноз преходящего нарушения мозгового кровообращения устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу в течение

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

07.5. 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

07.6. Для бульварного синдрома при хронической недостаточности мозгового кровообращения, в отличие от псевдобульбарного, характерно наличие

- а) дизартрии
- б) дисфонии
- в) дисфагии
- г) фибрилляции языка
- д) симптомов орального автоматизма

07.7. 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

07.8. При формулировании диагноза сосудистого заболевания головного мозга согласно классификации НИИ неврологии АМН РФ на первое место выносятся

- а) этиология сосудистого процесса
- б) характер нарушения мозгового кровообращения
- в) пораженный сосудистый бассейн
- г) клинический синдром
- д) состояние трудоспособности

07.9. К этиотропной терапии атеросклеротической энцефалопатии относится назначение

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

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

- а) повышение вязкости крови
- б) повышение активности свертывающей системы
- в) ухудшение реологических свойств крови
- г) снижение системного перфузионного давления
- д) повышение агрегации форменных элементов крови

07.11. Решающее влияние на прогноз преходящего нарушения мозгового кровообращения оказывает

- а) адекватный уровень артериального давления
- б) состояние вязкости и текучести крови
- в) состояние свертывающей системы крови
- г) сохранная проходимость приводящих артерий
- д) продолжительность эпизодов преходящей ишемии

07.12. Геморрагический инфаркт головного мозга локализуется только в

- а) коре больших полушарий, коре мозжечка
- б) подкорковых узлах, стволе мозга
- в) подкорковых узлах, коре мозжечка
- г) подкорковых узлах, коре больших полушарий и мозжечка
- д) белом веществе головного мозга

07.13. 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
- д) только на вторые сутки

07.14. Для тромбоза мозговых сосудов характерно

- а) наличие в анамнезе транзиторных ишемических атак
- б) постепенное нарастание очаговой симптоматики
- в) малая выраженность общемозговой симптоматики
- г) отсутствие примеси крови в ликворе
- д) верно все перечисленное

07.15. Для эмболии мозговых артерий характерно

- а) постепенное развитие очаговой неврологической симптоматики
- б) внезапное развитие очаговой симптоматики
- в) отек соска зрительного нерва на стороне эмболии
- г) наличие общемозговой симптоматики
- д) верно все перечисленное

07.16. 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 207./107. мм рт. ст.

07.17. Антикоагулянтная терапия при ишемическом инсульте применяется для коррекции

- а) метаболического ацидоза
- б) гиперфибриногенемии
- в) гиперпротеинемии
- г) гиперлипидемии
- д) верно все перечисленное

07.18. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания патогномоничен

- а) для тромботического инфаркта
- б) для нетромботического инфаркта
- в) для геморрагического инфаркта
- г) для кровоизлияния в мозг
- д) ни для чего из перечисленного

07.19. Для субарахноидального кровоизлияния обязательным признаком является

- а) утрата сознания

- б) зрачковые расстройства
- б) нистагм
- г) менингеальный синдром
- д) двусторонние пирамидные патологические знаки

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

- а) ангиографии
- б) реоэнцефалографии
- в) ультразвуковой доплерографии
- г) компьютерной томографии
- д) радиоизотопной сцинтиграфии

Раздел 8. ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

08.1. Наиболее частой причиной вегетативных кризов являются тревожные невротические расстройства

- б) черепно-мозговая травма
- в) поражения гипоталамуса
- г) пролапс митрального клапана
- д) коллагенозы
- е) нейроинфекция

08.2. Для базисной терапии вегетативных кризов применяются следующие препараты

- а) б-блокаторы
- б) беллатаминал
- в) клоназепам
- г) нейролептики
- д) ноотропы

08.3. 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

08.4. Вегетативные кризы часто сопровождаются следующими психопатологическими проявлениями

- а) тревогой ожидания
- б) агорафобией
- в) ограничительным поведением
- г) агорафобией и ограничительным поведением
- д) всеми перечисленными проявлениями

08.5. 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

08.6. 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

08.7. 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

08.8. При невропатических болях стреляющего характера наиболее эффективны

а) антидепрессанты

б) антиконвульсанты

в) нестероидные противовоспалительные средства

г) симпатолитики

д) транквилизаторы

08.9. При невропатических болях жгучего характера наиболее эффективны

а) антидепрессанты

б) антиконвульсанты

в) нестероидные противовоспалительные средства

г) симпатолитики

д) транквилизаторы

08.10. Наиболее частой причиной гипоталамического синдрома в возрасте 10-25 лет

являются

а) неврозы

б) травмы

в) опухоли

г) менингиты

д) энцефалиты

е) церебральные кровоизлияния

08.11. 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

08.12. 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

08.13. 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

08.14. 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

08.15. 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

08.16. Приступ ассоциированной мигрени от других форм мигрени отличает наличие

а) предвестников

б) двусторонней локализации боли в височной области

в) рвоты на высоте приступа

г) переходящих очаговых неврологических симптомов д) обильного мочеиспускания в конце приступа

08.17. Продолжительность приступа больше при следующей форме мигрени

а) классической (офтальмической)

б) ассоциированной

в) простой

г) ретинальной

д) ретинальной и ассоциированной

08.18. Для ауры классической (офтальмической) мигрени характерно

а) расходящееся косоглазие

б) сходящееся косоглазие

в) птоз

г) «мерцающие» скотомы

д) нистагм

08.19. 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

08.20. Синдром акромегалии является результатом гиперпродукции в гипофизе

а) аденокортикотропного гормона

б) гонадотропного гормона

в) соматотропного гормона

г) тиреотропного гормона

д) пролактина

Ситуационные задачи по неврологии

Тема: Ишемический инсульт

Задача 1.

Мужчина 65 лет доставлен в больницу в связи с возникшей утром, за 2 часа до госпитализации, слабостью в левых конечностях. Из анамнеза известно, что пациент длительное время страдает стенокардией напряжения, в течение последнего года отмечаются эпизоды повышения артериального давления до 180/100 мм рт. ст. В течение последних трёх месяцев было несколько кратковременных (до 10 минут) эпизодов преходящей слепоты на правый глаз. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление 180/100 мм рт. ст., пульс – 80 в минуту,

ритм правильный, ослаблена пульсация на общей сонной артерии справа, но усилена пульсация височной артерии. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, слабость нижней части мимической мускулатуры слева, при высовывании язык отклоняется влево, снижение силы в левой руке до 1-го балла, в ноге до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов слева, рефлекс Бабинского слева.

- 1) Неврологические синдромы?
- 2) Топический диагноз?
- 3) Предварительный клинический диагноз?
- 4) Как объяснить эпизоды преходящей слепоты на правый глаз?
- 5) Чем может быть вызвано изменение пульсации сонных артерий?
- 6) Дополнительные методы обследования?
- 7) Лечение?

Задача 2.

Женщина 70 лет доставлена в больницу в связи с двоением и слабостью в правых конечностях, которые возникли рано утром, при пробуждении. Пять лет назад больная перенесла инфаркт миокарда, после которого отмечаются приступы мерцательной аритмии. Месяц назад был эпизод головокружения и двоения в глазах, симптоматика полностью регрессировала в течение часа. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 100-140 в минуту, ритм неправильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, парез всех мимических мышц слева, сходящееся косоглазие, движение левого глазного яблока наружу минимально, движения в правых конечностях отсутствуют, в них повышены сухожильные рефлексы, симптом Бабинского справа.

- 1) Неврологические синдромы?
- 2) Топический диагноз?
- 3) Предварительный клинический диагноз?
- 4) Как объяснить эпизод головокружения и двоения месяц назад?
- 5) Дополнительные методы обследования?
- 6) Лечение?

Задача 3.

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

- 1) Неврологические синдромы?
- 2) Топический диагноз?
- 3) Предварительный клинический диагноз?
- 4) Дополнительные методы обследования?
- 5) Лечение?

Тема: Геморрагический инсульт

Задача 1.

Женщина 60 лет доставлена в больницу в связи с интенсивной головной болью и слабостью в левых конечностях, которые возникли при уборке квартиры. В течение длительного времени наблюдается кардиологом с диагнозом: «Гипертоническая болезнь». При обследовании: спутанное состояние сознания, гиперемия лица, артериальное давление – 210/120 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, выпадение

левых полей зрения, парез нижней части мимических мышц слева, отсутствие движений в левых конечностях, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева, снижение всех видов чувствительности на левой половине лица, туловища и в левых конечностях. В дальнейшем состояние больной ухудшилось, появились сонливость и расходящееся косоглазие.

1. Неврологические синдромы?
2. Предполагаемое место поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Как объяснить ухудшение состояния больной?
5. Наиболее информативное дополнительное исследование?
6. Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?

Задача 2.

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

1. Неврологический синдром?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Дополнительные исследования?
4. Лечение, если диагноз подтвердится?

Задача 3.

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

1. Неврологические синдромы?
2. Предполагаемое место поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Наиболее информативное дополнительное исследование?
5. Лечение, если диагноз подтвердится?

Задача 4.

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

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?

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

Тема: Черепно-мозговая травма

Задача 1.

Подросток 16 лет на уроке физкультуры в школе упал и ударился головой. В течение нескольких секунд находился в бессознательном состоянии. В дальнейшем беспокоила головная боль, головокружение, возникла однократная рвота. Доставлен в стационар через 1 час после травмы. При обследовании пациент предъявляет жалобы на головные боли, головокружение, тошноту, обстоятельства травмы не помнит. В неврологическом статусе не выявляется нарушений. При рентгеновском исследовании костей черепа не обнаружено патологических изменений.

- А. Предварительный клинический диагноз?
- Б. Дополнительные методы исследований?
- В. Врачебная тактика?

Задача 2.

Мужчина 27 лет пострадал в автомобильной аварии. В момент аварии находился в автомобиле, ударился головой. После травмы отмечалась потеря сознания длительностью около 5 минут, затем возникала однократная рвота. Доставлен в стационар через 1 час после травмы.

При обследовании пациент предъявляет жалобы на головные боли, головокружение, тошноту, обстоятельства травмы не помнит. В неврологическом статусе: дезориентирован в месте и времени, менингеальных симптомов нет, двухсторонний спонтанный горизонтальный нистагм, оживление сухожильных и периостальных рефлексов слева, симптом Бабинского слева. При рентгенологическом исследовании выявлен линейный перелом лобной кости справа.

- А. Предварительный клинический диагноз?
- Б. Дополнительные исследования?
- В. Тактика лечения?

Задача 3.

Мужчина 32 лет был избит неизвестными. Во время избиения получил удары по голове, потерял сознание на несколько минут. После возвращения сознания отмечались головная боль, многократная рвота. При обследовании в стационаре, в который поступил через час травмы, предъявляет жалобы на головные боли, головокружение, тошноту. При осмотре: дезориентирован в месте и времени, обстоятельства травмы не помнит. В неврологическом статусе выявляются ригидность шейных мышц, симптом Кернига с двух сторон, двухсторонний спонтанный горизонтальный нистагм, оживление сухожильных и периостальных рефлексов справа, симптом Бабинского справа. При КТ головы выявляется зона патологического снижения плотности мозгового вещества в области полюса левой лобной доли с небольшими участками повышенной плотности.

- А. Неврологические синдромы?
- Б. Клинический диагноз?
- В. Тактика лечения?

Задача 4.

Мужчина 32 лет пострадал в автомобильной аварии. В момент аварии находился в автомобиле, ударился головой и потерял сознание. Доставлен в стационар через 1 час после травмы. При осмотре в приемном отделении стационара отмечена обширная подкожная гематома

в левой височной области. В неврологическом статусе: поверхностная кома, ригидность шейных мышц и симптом Кернига с двух сторон, оживление сухожильных и периостальных рефлексов с преобладанием справа, симптом Бабинского с обеих сторон. При рентгенологическом исследовании выявлен перелом чешуи левой височной кости.

- А. Неврологические синдромы?
- Б. Предварительный клинический диагноз?
- В. Врачебная тактика?

Задача 5.

Женщина 47 лет пострадала в автомобильной аварии. В момент аварии находилась в автомобиле, ударились головой. После аварии в сознание не приходила. Доставлена бригадой «Скорой медицинской помощи» в стационар через 40 минут после травмы. При осмотре в правой височной области выявлена ушибленная рана мягких тканей. В неврологическом статусе: поверхностная кома, ригидность шейных мышц и симптом Кернига с двух сторон, правый зрачок значительно шире левого и на свет не реагирует, в левых конечностях движения отсутствуют, симптом Бабинского слева. При рентгенологическом исследовании выявляется перелом чешуи правой височной кости. При эхоэнцефалоскопии выявлено смещение срединных структур влево на 7 мм.

- А. Неврологические синдромы?
 - Б. Локализация поражения?
 - В. Предварительный клинический диагноз?
 - Г. Дополнительные методы исследования?
 - Д. Лечебная тактика?
- Тема: «Головная боль»

Задача 1.

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

- А. Клинический диагноз?
- Б. Лечение в период приступов головной боли?
- В. Профилактика приступов головной боли?

Задача 2.

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

- А. Клинический диагноз?
- Б. Необходимо ли проведение дополнительных исследований? Если да, какие исследования?

В. Лечение?

Задача 3.

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

А. Клинический диагноз?

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

В. Лечение?

Задача 4.

Девушку 18 лет в течение 5 лет беспокоит головная боль пульсирующего характера в левой (реже в правой) лобно-височно-затылочной области. Головная боль возникает приступообразно и сопровождается тошнотой, рвотой, фонофобией и фотофобией. Длительность приступа от нескольких часов до 2-3 суток. Приступ цефалгии часто возникает при переутомлении, эмоциональном напряжении. Частота приступов 1-2 раза в месяц. В неврологическом статусе изменений нет. Аналогичные головные боли у матери больной и ее бабушки.

А. Клинический диагноз?

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

В. Лечение в период приступа? Профилактика приступов?

Задача 5.

Женщина 34 лет жалуется на пульсирующие головные боли в лобно-височно-затылочной локализации, которые чаще возникают справа. Головной боли предшествует слабость в левых конечностях в течение 20-30 минут. Затем развивается приступ цефалгии, который сопровождается тошнотой, рвотой, светобоязнью. Длительность приступа от 4-х часов до 2-3 суток. Головные боли беспокоят с 15 лет, они длительно возникали не чаще одного раза в месяц, но в последний год участились до 3-6 приступов в месяц, что пациентка связывает с возросшими физическими нагрузками, необходимостью работать в ночное время. У отца и брата аналогичные головные боли. В неврологическом статусе вне приступа у пациентки нет нарушений. При магнитно-резонансной томографии головного мозга не выявлено патологии.

А. Клинический диагноз?

Б. Лечение во время приступа головной боли?

В. Профилактика приступов цефалгии?

Тема «Боли в спине»

Задача 1.

У мужчины 32 лет после поднятия тяжести возникла сильная боль в поясничном отделе позвоночника. Боль резко усиливается при движении в поясничном отделе позвоночника. При обследовании обнаружены выраженное напряжение мышц спины, сколиоз выпуклостью вправо в поясничном отделе, сглаженность поясничного отдела позвоночника. Движения в поясничном отделе резко ограничены, наклон туловища вперед не возможен из-за резкого усиления болей. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не обнаружено.

А. Клинический диагноз?

Б. Дополнительные обследования?

В. Лечение?

Задача 2.

Мужчина 45 лет во время физической работы на даче ощутил боль в поясничном отделе позвоночника, с иррадиацией по задненаружной поверхности правой ноги. Боль сохранилась в течение последующих трех дней, что послужило поводом для обращения к врачу. При опросе больной отметил, что боль усиливается при движении в поясничном отделе, кашле или чихании. При обследовании обнаружены выраженное напряжение мышц спины, сколиоз выпуклостью вправо в поясничном отделе, сглаженность поясничного отдела позвоночника. Движения в поясничном отделе резко ограничены, наклон туловища вперед, сгибание вправо не возможны из-за резкого усиления болей. Отмечаются слабость большого разгибателя пальцев правой стопы, болевая гипестезия по наружной поверхности правой голени и наружному краю стопы; ахиллов рефлекс отсутствует справа, симптом Ласега положителен справа под углом 30°.

- А. Неврологические синдромы? Локализация поражения?
- Б. Клинический диагноз?
- В. Дополнительные обследования?
- Г. Лечение?

Задача 3.

Мужчина 46 лет, водитель, обратился к врачу с жалобами на остро возникшую боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Боли в поясничной области периодически беспокоят в течение 15 лет, обычно после физической нагрузки, подъема тяжести. Настоящее обострение в течение недели. Боль усиливается при движении, кашле. При обследовании обнаружены выраженное напряжение мышц спины, сколиоз выпуклостью влево в поясничном отделе. Движения в поясничном отделе резко ограничены, положительный симптом «посадки». Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

- А. Клинический диагноз?
- Б. Дополнительные обследования?
- В. Лечение?

Задача 4.

Женщина 57 лет, бухгалтер, жалуется на боли в шейном отделе позвоночника, распространяющиеся по наружной поверхности правой руки. Боли беспокоят в течение последних 3-х месяцев, постепенно усиливаются. При обследовании обнаружены напряжение мышц шеи, усиление кифоза в шейном отделе, ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника из-за болей. Определяются напряжение и болезненность трапециевидной мышцы, надостной мышцы, средней лестничной мышцы справа. При пальпации лестничной мышцы, повороте головы влево возникают боли по наружной поверхности правой руки. Отмечаются гипестезия по медиальной поверхности предплечий и кисти и снижение рефлекса с m.biceps справа, других неврологических нарушений нет.

- А. Неврологические синдромы? Локализация поражения?
- Б. Клинический диагноз?
- В. Дополнительные обследования?
- Г. Лечение?

Задача 5.

Женщина 42 лет, бухгалтер, жалуется на сильные боли в поясничной области, распространяющиеся по наружной поверхности правой ноги до пальцев стопы. Боли усиливаются при движении, покашливании. Боли в поясничной области периодически беспокоят в течение 5 лет, обычно после физической нагрузки, работе на даче. Настоящее обострение возникло неделю назад после неловкого движения. При обследовании обнаружены выраженное напряжение мышц спины, сколиоз выпуклостью вправо в поясничном отделе, кифоз в поясничном отделе позвоночника. Движения в поясничном отделе резко ограничены, наклон туловища вперед не возможен из-за резкого усиления болей. Отмечается болевая гипестезия по наружной поверхности правой голени и наружному краю стопы; ахиллов рефлекс отсутствует справа, симптом Ласега

положителен справа под углом 30°. При перкуссии по поясничному отделу позвоночника возникают простреливающие боли, распространяющиеся по наружной поверхности правой ноги до пятки.

А. Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Б. Клинический диагноз?

В. Дополнительные обследования?

Г. Лечение?

ТЕМА: ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. НЕВРОПАТИИ.

Задача 1.

Мужчина 43 лет, сантехник, утром после сна отметил слабость в правой кисти. Накануне употреблял алкоголь в большом количестве и заснул сразу в конце застолья. При осмотре отмечаются слабость разгибателей кисти и пальцев ("висячая кисть"), плечелучевой мышцы, слабость разгибания и отведения большого пальца, снижение всех видов чувствительности в области анатомической табакерки, снижение рефлекса с трехглавой мышцы плеча.

А. Неврологические синдромы?

Б. Предварительный клинический диагноз?

В. Дополнительные обследования и их вероятные результаты?

Г. Лечение?

Задача 2.

Мужчина 52 лет после циклевания полов отметил слабость и онемение в стопе. При обследовании отмечаются слабость мышц, обеспечивающих тыльное сгибание стопы, снижение всех видов чувствительности по наружной поверхности голени, тыльной поверхности стопы. Больной не может стоять на пятке правой стопы, ахилловы и коленные рефлексы сохранены.

А. Неврологические синдромы?

Б. Предварительный клинический диагноз?

В. Дополнительные обследования и их вероятные результаты?

Г. Лечение?

Задача 3.

Женщина 32 лет жалуется на асимметрию лица, слезотечение из левого глаза, боли в заушной области слева. Заболела за день до поступления, накануне длительное время находилась на улице без головного убора при температуре воздуха -5°. При обследовании выявляется асимметрия лица: слева лагофthalm, сглажена левая носогубная складка, опущен угол рта. При выполнении мимических проб отмечаются слабость всех мимических мышц левой половины лица, симптом Белла слева. Снижена вкусовая чувствительность на передних двух третях языка слева, других неврологических нарушений нет.

А. Неврологические синдромы? Что такое лагофthalm, симптом Белла?

Б. Локализация поражения?

В. Клинический диагноз?

Г. Дополнительные обследования?

Д. Лечение?

Задача 4.

Девушка 16 лет поступила в стационар с жалобами на слабость в ногах и руках, онемение в стопах ("ощущение поролона под ногами"). Она заболела за четыре дня до поступления в больницу, когда отметила онемение и боли в ногах, к которым постепенно присоединилась слабость сначала в ногах, затем в руках и мимических мышцах лица. За две недели до поступления были проявления острой респираторной вирусной инфекции. При поступлении отмечались слабость мимических мышц с левой стороны, слабость в ногах до двух баллов, в руках до трех баллов, гипотония мышц, отсутствие сухожильных рефлексов с ног и с рук,

положительные симптомы натяжения нервных корешков, снижение всех видов чувствительности в ногах по типу "носков".

- А. Неврологические синдромы?
- Б. Локализация поражения?
- В. Клинический диагноз?
- Г. Дополнительные обследования и их вероятные результаты?
- Д. Лечение?

ТЕМА: НЕРВНО-МЫШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Задача 1.

Мужчина, 56 лет, предъявляет жалобы на двоение предметов по горизонтали и по вертикали, ощущение «тяжелых» век. Эти жалобы беспокоят в течение двух недель, они появляются и нарастают во второй половине дня, при длительном чтении. При обследовании: опущение верхних век, более выраженное справа, движение правого глазного яблока ограничено вверх и вправо, движение левого глазного яблока ограничено вверх, двоение предметов при взгляде вправо и вверх, других неврологических нарушений нет. Подкожное введение прозерина вызвало полный регресс неврологических нарушений.

- А. Неврологические синдромы?
- Б. Локализация поражения?
- В. Предварительный клинический диагноз?
- Г. Дополнительные обследования?
- Д. Лечение?

Задача 2.

Женщина, 36 лет, педагог, предъявляет жалобы на осиплость голоса, возникающую в конце учебных занятий, а также слабость в конечностях, особенно при физической нагрузке. Эти жалобы беспокоят в течение трех месяцев, после отдыха утром голос становится нормальным. При обследовании выявлена дисфония при голосовой нагрузке, отмечаются слабость мышц проксимальных отделов верхних и нижних конечностей до 4-х баллов, снижение сухожильных рефлексов. Подкожное введение прозерина вызвало полный регресс неврологических нарушений.

- А. Неврологические синдромы?
- Б. Локализация поражения?
- В. Предварительный клинический диагноз?
- Г. Дополнительные обследования?
- Д. Лечение?

Задача 3.

Женщина, 34 лет, обратилась с жалобами на периодически возникающее двоение предметов, слабость мышц рук и ног при физической нагрузке. Два года назад при длительной работе за компьютером или при чтении стали опускаться веки, появилось двоение предметов по горизонтали. После отдыха указанные симптомы регрессировали. Через год присоединилась слабость мышц конечностей, развивающаяся при физической нагрузке (развешивание белья, подъем по лестнице) и регрессирующая в покое. При обследовании выявлены слабость в проксимальных группах мышц конечностей и снижение сухожильных рефлексов.

- А. Неврологические синдромы?
- Б. Локализация поражения?
- В. Предварительный клинический диагноз?
- Г. Дополнительные обследования?
- Д. Лечение, если подтвердится предварительный клинический диагноз?

Задача 4.

Женщина 52 лет, страдающая миастенией, в связи с нарастанием слабости мышц конечностей без консультации с врачом увеличила дозу калимина с 3-х таблеток до 6-8 таблеток калимина в сутки. На этом фоне появились боли в животе и усиленное слюноотделение, выросла слабость в конечностях. При обследовании: кожные покровы бледные, артериальное давление - 80/40 мм рт. ст., пульс 42 уд/ мин, дыхание учащено до 25 в минуту, зрачки узкие, симметричные, сила в конечностях снижена до 4-х баллов, сухожильные рефлексы низкие.

- А. Клинический диагноз?
- Б. Причина ухудшения состояния больной?
- В. Лечение?

ТЕМА: ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

Задача 1.

Мужчину 53 лет в течение двух месяцев беспокоят постоянные головные боли распирающего характера, которые усиливаются в утренние часы. В течение последней недели утром на высоте головных болей возникает рвота, появилась и нарастает слабость в правых конечностях. При обследовании: снижение мышечной силы в правых конечностях до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского справа. При эхоэнцефалоскопии выявлено смещение срединных структур мозга слева направо на 7 мм.

- А. Неврологические синдромы?
- Б. Локализация поражения?
- В. Предварительный клинический диагноз?
- Г. Дополнительные исследования?
- Д. Лечебная тактика?

Задача 2.

У женщины 72 лет в течение года отмечались приступы клонических судорог в левой стопе, которые постепенно распространялись на всю ногу и далее на руку без потери сознания и продолжались на протяжении нескольких минут. За последний месяц приступы участились и стали ежедневными. Больную стали беспокоить головные боли распирающего характера, появилась и постепенно выросла слабость в левых конечностях. Последний припадок сопровождался утратой сознания и непроизвольным мочеиспусканием. При обследовании: мышечная сила в руке снижена до 4-х баллов, в ноге – до 2-х баллов, слева повышены сухожильные рефлексы и вызывается симптом Бабинского, снижение болевой и температурной чувствительности на левой половине тела. При осмотре окулистом выявлены застойные изменения на глазном дне.

- А. Неврологические синдромы?
- Б. Локализация поражения?
- В. Предварительный клинический диагноз?
- Г. Дополнительные исследования?
- Д. Лечебная тактика?

Задача 3.

Женщина 63 лет в течение последних 5 лет отмечает постепенное снижение слуха на правое ухо. В течение последнего года появились и нарастают головные боли, головокружение и шаткость походки. При обследовании: снижение всех видов чувствительности на правой половине лица, легкая слабость всех мимических мышц справа, утрачена вкусовая чувствительность на передних двух третях языка справа, потерян слух на правое ухо, спонтанный горизонтальный нистагм вправо, интенционный тремор при выполнении пальцевеновой и пяточноколенной проб в правых конечностях, неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе с отклонением вправо.

- А. Неврологические синдромы?
- Б. Локализация поражения?
- В. Предварительный клинический диагноз?

Г. Дополнительные исследования?

Д. Лечебная тактика?

Задача 4.

У женщины 28 лет в течение двух лет отмечаются нарушения менструального цикла. На протяжении последнего года появились и постепенно нарастают головные боли сжимающего характера, а также снижение зрения. При обследовании: выпадение боковых (наружных) полей зрения, других неврологических нарушений нет. В сыворотке крови резко повышено содержание пролактина. При рентгеновском исследовании черепа выявлено частичное разрушение стенок «турецкого седла».

А. Неврологические синдромы?

Б. Локализация поражения?

В. Предварительный клинический диагноз?

Г. Дополнительные исследования?

Д. Лечебная тактика?

Критерии оценок тестовых заданий

Формула для оценки тестовых заданий:

$$\% \text{ правильных ответов} = 100 - \left(\frac{X_1 + X_2}{Y} \times 100 \right)$$

где

X₁- недостающее количество правильных ответов;

X₂- количество неправильных ответов;

Y- количество правильных ответов.

До 70% правильных ответов – «неудовлетворительно»

От 70% до 80% правильных ответов – «удовлетворительно»

От 80% до 95% правильных ответов – «хорошо»

95% и более правильных ответов – «отлично»

Критерии оценивания ситуационных задач

Оценка «отлично».

Аспирант свободно, с глубоким знанием материала правильно и полно решил ситуационную задачу (выполнил все задания, правильно ответил на все поставленные вопросы).

Оценка «хорошо».

Если аспирант достаточно убедительно, с незначительными ошибками в теоретической подготовке и достаточно освоенными умениями по существу правильно ответил на вопросы или допустил небольшие погрешности в ответе.

Оценка «удовлетворительно».

Если аспирант недостаточно уверенно, с существенными ошибками в теоретической подготовке и плохо освоенными умениями ответил на вопросы ситуационной задачи; с затруднениями, но все же сможет при необходимости решить подобную ситуационную задачу на практике;

Оценка «неудовлетворительно».

Если аспирант имеет очень слабое представление о предмете и допустил существенные ошибки в ответе на большинство вопросов ситуационной задачи, неверно отвечал на дополнительно заданные ему вопросы, не может справиться с решением подобной задачи на практике.