

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Тульский государственный университет»**

**Медицинский институт  
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»**

Утверждено на заседании кафедры  
«Пропедевтика внутренних болезней»  
«21» января 2021 г., протокол № 6

И.о.зав. кафедрой

Ю.Л.Веневцева

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ (ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ) ДЛЯ  
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И  
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО  
ДИСЦИПЛИНЕ**

**«Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия»**

**основной профессиональной образовательной программы  
высшего образования – программы специалитета**

по специальности  
**31.05.01 Лечебное дело**

с направленностью (профилем)  
**Лечебное дело**

Форма обучения: очная

Идентификационный номер образовательной программы: 310501-01-21

Тула 2021 год

**ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ**  
**фонда оценочных средств (оценочных материалов)**

**Разработчик:**

Мельников А.Х., профессор каф.ПВБ, д.м.н.  
(ФИО, должность, ученая степень, ученое звание)

  
(подпись)

## **1. Описание фонда оценочных средств (оценочных материалов)**

Фонд оценочных средств (оценочные материалы) включает в себя контрольные задания и (или) вопросы, которые могут быть предложены обучающемуся в рамках текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине. Указанные контрольные задания и (или) вопросы позволяют оценить достижение обучающимся планируемых результатов обучения по дисциплине, установленных в соответствующей рабочей программе дисциплины, а также сформированность компетенций, установленных в соответствующей общей характеристике основной профессиональной образовательной программы.

Полные наименования компетенций представлены в общей характеристике основной профессиональной образовательной программы.

## **2. Оценочные средства (оценочные материалы) для проведения текущего контроля успеваемости обучающихся по дисциплине**

### **7 семестр**

#### **Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-5; код индикатора ОПК-5.1**

1. Жалобы пациентов с полинейропатическим синдромом.
2. Жалобы пациентов с синдромом поражения задних канатиков спинного мозга.
3. Жалобы пациентов с синдромом поражения боковых канатиков спинного мозга.
4. Жалобы пациентов с синдромом поражения передних рогов спинного мозга.
5. Жалобы пациентов с синдромом поражения ганглиев спинного мозга.

#### **Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-7; код индикатора ОПК-7.1**

1. Жалобы пациентов с синдромом поражения поперечника спинного мозга.
2. Жалобы пациентов с менингеальным синдромом.
3. Жалобы пациентов с гипертензионным синдромом.
4. Жалобы пациентов с пирамидным синдромом.
5. Жалобы пациентов с экстрапирамидным синдромом<sup>1</sup>. Диагностические принципы и возможности электрофизиологических методик.

#### **Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-8; код индикатора ОПК-8.1**

1. Диагностические принципы и возможности ультразвуковых методик.
2. Диагностические принципы и возможности нейровизуализационных методик.
3. Диагностические принципы и возможности нейропсихологических методик.
4. Диагностические принципы и возможности офтальмоневрологического обследования.
5. Диагностические принципы и возможности отоневрологического обследования.

#### **Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции**

##### **ОПК-5; код индикатора ОПК-5.2**

1. Перечислите и охарактеризуйте структуры, обеспечивающие двигательные функции. Основные признаки их нарушения.

2. Перечислите и охарактеризуйте структуры, обеспечивающие произвольные движения. Основные признаки их нарушения.
3. Перечислите и охарактеризуйте структуры, обеспечивающие двигательные автоматизмы и готовность к движению. Основные признаки их нарушения.
4. Перечислите и охарактеризуйте структуры, обеспечивающие координацию движения. Основные признаки их нарушения.
5. Центральный паралич.

**Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции**

**ОПК-7; код индикатора ОПК-7.2**

1. Периферический паралич.
2. Признаки спастического паралича.
3. Морфо-функциональная характеристика экстрапирамидной системы.
4. Связи экстрапирамидных структур нервной системы.
5. Функции экстрапирамидных структур нервной системы.

**Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции**

**ОПК-8; код индикатора ОПК-8.2**

6. Гиперкинезы их виды и характеристика.
7. Симптомы поражения экстрапирамидных структур нервной системы.
8. Симптомокомплекс гипертонико-гиперкинетических расстройств.
9. Симптомокомплекс гипотонико-гиперкинетических расстройств.
10. Симптомокомплекс поражения стволовых структур экстрапирамидной системы.

**Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-5; код индикатора – ОПК-5.3**

1. Принципы исследования рефлекторной сферы
2. Принципы исследования координаторной сферы
3. Принципы исследования сенсорной сферы
4. Принципы исследования зрительной системы
5. Принципы исследования слуховой системы

**Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-7; код индикатора ОПК-7.2**

6. Исследование вестибулярной системы
7. Исследование обонятельной системы
8. Исследование вкусовой системы
9. Исследование нейроэндокринной сферы
10. Исследование систем вегетативной регуляции

**Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-8; код индикатора ОПК-8.1**

**Клинические задачи**

**Задача 1.** Больного беспокоят затруднения при ходьбе. Объективно: гипомимия, замедление

темпа произвольных движений, флексорная поза, повышение мышечного тонуса конечностей по пластическому типу, походка мелкими шаркающими шагами, пропульсии при ходьбе. На ЭМГ «залповая активность».

Как называется синдром? Где локализуется поражение?

**Задача 2.** У больного отсутствуют активные движения левой ноги, тонус мышц в разгибатели голени повышен. Коленный и ахиллов рефлексы слева выше, чем справа, брюшные — отсутствуют слева. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. На уровне левого соска отмечается выпадение болевой и температурной чувствительности в виде узкого пояса. С уровня сосков книзу утрачены справа болевая и температурная, слева — тактильная, мышечно-суставная и вибрационная чувствительность.

Определить, что и где поражено. Как называется такой синдром?

**Задача 3.** Речь больного глухая, неясная, смазанная, с гнусавым оттенком. Но отвечает на вопросы письменно. Употребляет только кашицеобразную пищу, так как жидкая пища и питье вызывают поперхивание и мучительный кашель. Движения языка резко ограничены, наблюдаются атрофия и фибриллярные подергивания его мышц. Мягкое небо неподвижно. Нижнечелюстной, глоточные рефлексы и рефлексы с мягкого неба отсутствуют. Определите топический диагноз.

**Задача 4.** Больная 69 лет, правша, страдает гипертонической болезнью и атеросклерозом. Утром без потери сознания развилась правосторонняя гемиплегия и выросли речевые нарушения: речь больной состояла из непонятного набора нечленораздельных звуков, с трудом можно было разобрать лишь некоторые речевые звуки («а», «о»); грубое нарушение понимания речи, включая выполнение элементарных заданий и части жестов. Выявлялись резкие расстройства письма, чтения и счета. Отставание правого угла рта. Правосторонняя гемиплегия. Правосторонняя гемигипестезия.

Какие речевые расстройства выявляются при обследовании?

Определите локализацию патологического процесса.

## 8 семестр

### Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-5; код индикатора ОПК-5.1

1. Наследственная предрасположенность: сущность и значение в общей патологии человека
2. Типы наследственного предрасположения и их характеристика
3. Понятие о мультифакториальных заболеваниях, их удельный вес в структуре патологии человека
4. Общая характеристика мультифакториальных заболеваний
5. Модели полигенного наследования
6. Этапы генетического картирования мультифакториальных болезней
7. Генетические основы разных форм злокачественного роста
8. Общая характеристика экологической генетики человека. Моногенные экогенетические реакции на загрязнители атмосферы, пищевые вещества и пищевые добавки, физические факторы, биологические агенты. Примеры.
9. Полигенные экогенетические реакции на примере мультифакториальных болезней
10. Генетический мониторинг и прогнозирование генетических эффектов от воздействия факторов окружающей среды. Мутационный процесс и факторы окружающей среды
11. Общая характеристика фармакогенетики. Фармакологические особенности при наследственных болезнях
12. Понятие о мультифакториальных заболеваниях, их удельный вес в структуре патологии человека

13. Общая характеристика мультифакториальных заболеваний
14. Модели полигенного наследования
15. Роль наследственных и средовых факторов в формировании мультифакториальной патологии
16. Применение генеалогического, близнецового и популяционно-статистического методов в клиническом и генетическом анализе мультифакториальных заболеваний
17. Ассоциации генетических маркеров с мультифакториальными болезнями
18. Методы генетического картирования мультифакториальных заболеваний (анализ сцепления, метод идентичных по происхождению аллелей, исследование ассоциаций, генетический анализ скрещиваний модельных организмов)
19. Этапы генетического картирования мультифакториальных болезней
20. Генетические основы разных форм злокачественного роста

### **Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-7; код индикатора ОПК-7.1**

#### **Клинические задачи.**

**Задача 1.** У мальчика с 3 лет жизни стало отмечаться отставание в моторном развитии. Появилась слабость мышц тазового пояса, бедер, возникла «утиная походка». Позднее присоединилась слабость мышц плечевого пояса. К 10 годам стал с трудом передвигаться, особенно сложно подниматься по лестнице. При осмотре: грудная клетка уплощена, сколиоз грудного отдела позвоночника, поясничный лордоз, формируются «крыловидные лопатки», отмечается слабость проксимальных отделов рук, дыхательной мускулатуры, псевдогипертрофии икроножных мышц. Фибриллярные подергивания отсутствуют. Чувствительность сохранена. Признаки кардиомиопатия на ЭКГ. Интеллект снижен. В сыворотке крови в многократно увеличено содержание КФК. На ЭМГ выявляются изменения, характерные для первичного мышечного заболевания.

Поставьте диагноз.

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Какой тип наследования заболевания?

#### **Задача 2.**

У больного с 16 летнего возраста возникла и неуклонно прогрессирует слабость в мышцах: стало трудно подниматься по лестнице, вставать из положения на корточках (опирается на бедра, «карабкается по себе» или опирается за стоящие рядом предметы), появилась «утиная походка». Через несколько лет после начала заболевания стала отмечаться нарастающая слабость в проксимальных отделах рук. При осмотре обращают на себя внимание следующие симптомы: затруднено поднятие рук выше горизонтали (не может причесаться), «крыловидные лопатки» (атрофии передних зубчатых мышц). Из-за слабости трапецевидных мышц - симптом «свободных надплечий». Ограничен объем активных и пассивных движений. Низкие коленные рефлексы, рефлексы с двуглавой и трехглавой мышц плеча. Атрофии, локализующиеся преимущественно в проксимальных группах мышц верхних и нижних конечностей. Из-за атрофии мышц спины и брюшной стенки - «лягушачий живот». Усилен поясничный лордоз, появилась «осиная талия». Мышцы лица не страдают. Фибриллярные и фасцикулярные подергивания отсутствуют. Как проявление эндокринной патологии - ожирение и вегетативная дистония. При биохимическом исследовании крови - умеренное повышение КФК. На ЭМГ - изменения, характерные для первичного поражения мышц.

Поставьте диагноз.

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

**Задача 3.** Больной 57 лет. Первые симптомы заболевания появились в 45 летнем возрасте, когда стали отмечаться неритмичные, произвольные движения в различных мышечных группах, которые усиливались при волнении и исчезали во сне. В начале болезни временно могла подавлять эти насильственные движения и обслуживать себя. Через несколько лет после начала заболевания присоединились нарушения памяти, сузился круг интересов, снизился интеллект. При осмотре: больная из-за гиперкинеза гримасничает, жестикулирует, широко разбрасывает руки, при ходьбе раскачивается, пританцовывает. Из-за гиперкинеза речевой мускулатуры нарушена речь - она стала медленной и неравномерной. Мышечный тонус - дистоничен.

Поставьте диагноз.

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Какой тип наследования?

**Задача 4.** Больная 8 лет. Травму головы в анамнезе отрицает. В 3 летнем возрасте впервые появились приступы кратковременной потери сознания в виде застывания, без падения, с фиксацией взгляда и отсутствием реакции на внешние раздражители. Приступы кратковременные, длительность до 10 секунд. После приступа больная продолжает начатое действие. Приступы частые, до 5 раз в сутки.

1. Диагноз. 2. Тип припадка. 3. Лечение.

**Задача 5.** У ребенка 3-х лет на фоне диспептических и катаральных явлений, субфебрильной температуры, головной боли и повторной рвоты к пятому дню от начала заболевания развился менингеальный синдром. В процессе постепенного прогрессирования заболевания выявились парезы III, VI, VII пар черепных нервов и тенденция к дальнейшему нарастанию симптоматики, Вопросы:

- а) Где локализуется патологический процесс?
- б) Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
- в) Каков предположительный диагноз?

**Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-8; код индикатора ОПК-8.1**

**Задача 6.** У больной 37 лет через 2 недели после перенесенного гриппа развились головные боли, пошатывание при ходьбе, шум в правом ухе, а затем снижение слуха. В неврологическом статусе выявлены симптомы поражения правого слухового и лицевого нервов, горизонтальный нистагм и мозжечковая атаксия вправо.

Вопросы:

- а) Где локализуется патологический процесс?
  - б) Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
- Задача 7.** Больной 45 лет, работает грузчиком. В течение 2-х последних лет периодически отмечал боли в поясничной области с иррадиацией в правую ногу. 3 дня назад во время подъема тяжести почувствовал резкую боль в пояснице и правой ноге, не смог выпрямиться. Объективно: состояние удовлетворительное. Соматически здоров. В неврологическом статусе — резко ограничены движения в пояснично-крестцовом отделе позвоночника; уплощение поясничного лордоза, напряжение длинных мышц спины, больше справа, болезненны паравертебральные точки в поясничной области, больше справа; положительные с. Ласега, Нери, Дежерина. Снижен ахиллов рефлекс справа. Гипестезия по задненаружной поверхности правой ноги.

На рентгенограммах пояснично-крестцового отдела позвоночника — выражение явления остеохондроза L5—S1

Вопросы:

- а) Каков Ваш топический диагноз?

б) Каков Ваш клинический диагноз?

в) Какие методы лечения Вы назначите больному?

**Задача №8.** Больная 33 лет. В течение 3-х дней у больной отмечалась высокая температура. Затем появляются боли и слабость в кистях и стопах. Объективно состояние удовлетворительное. Соматический статус без особенностей. В неврологическом статусе менингеальных знаков нет, черепная иннервация без особенностей. Снижена сила в дистальных отделах рук и ног, ограничены движения в них, гипотония мышц, снижены сухожильные и периостальные рефлексы на руках и на ногах. Гипестезия рук, и ног по дистальному типу. Нервные стволы болезненны при пальпации. Умеренный гипергидроз кистей и стоп.

Вопросы:

а) Каков Ваш топический диагноз?

б) Каков Ваш клинический диагноз?

в) Какие методы лечения Вы рекомендуете?

**Задача №9.** Больная 35 лет жалуется на жгучие боли в правой половине лица, преимущественно в области верхней и нижней челюсти. Боли носят приступообразный характер длятся 1-3 сек. Приступы болей возникают при жевании, разговоре, умывании, впервые боли появились 3 месяца назад после перенесенного гриппа. В неврологическом статусе: болезненность в точках выхода II и III ветвей правого тройничного нерва. Курковая зона около крыла носа справа и на слизистой полости рта справа.

Другой неврологической симптоматики нет.

Вопросы:

а) Каков Ваш топический диагноз?

б) Каков Ваш клинический диагноз?

в) Какое лечение необходимо назначить больному?

#### **Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-5; код индикатора ОПК-5.2**

1. Генетические и клинические характеристики болезни Паркинсона, синдром паркинсонизма.
2. Генетические и клинические характеристики гепатолентикулярной дегенерации.
3. Классификация, характеристика отдельных нозологий прионных болезней.
4. Генетические и клинические характеристики мозжечковых атаксий. Болезнь Фридрейха. Атаксия вследствие дефицита витамина E.
5. Генетические и клинические характеристики хореи Гентингтона.
6. Медицинская геномика и многофакторные заболевания.
7. Болезни с аутосомно-доминантным типом наследования. Ахондроплазия. Несовершенный остеогенез.

#### **Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-7; код индикатора ОПК-7.2**

1. Воспалительные заболевания – энцефалиты (клещевой, герпетический, боррелиозный, летаргический (Экономо), коревой, гриппозный, параинфекционные и паравакцинальные).
2. Мигрень и другие цефалгии, синдром Хортона.
3. Цереброваскулярные заболевания – начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения, преходящие нарушения мозгового кровообращения (транзиторные ишемические атаки), методы параклинической диагностики, тактика ведения.
4. Параклинические и дополнительные клинические методы в неврологической и ней-



- рохирургической диагностике.
5. Ликворная система, физиология и патология ликвородинамики, ликворные синдромы. Диагностические методы.
  6. Невертеброгенные заболевания периферической нервной системы.
  7. Пароксизмальные состояния. Обморочные и синкопальные состояния. 3. Эпилепсия и эпилептические синдромы, эпилептический статус.
  8. Неврозы и вторичные невротические расстройства.
  9. Амиотрофический боковой склероз. Синдром БАС.
  10. Воспалительные заболевания – ВИЧ, сифилис, ботулизм, столбняк.
  11. Опухоли головного мозга.

**Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-8; код индикатора ОПК-8.2**

1. Принципы длительной кортикостероидной терапии.
2. Основные группы противоэпилептических препаратов.
3. Тактика лечения при ДЭП.
4. Лечение болезни Альцгеймера.
5. Принципы лечения миопатий.
6. Принципы лечения миастений.
7. Принципы лечения БАС.

**Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции**

**ОПК-5; код индикатора ОПК-5.3**

**Клинические задачи**

**Задача 1.** 30-летняя пациентка за последние несколько месяцев стала отмечать нарастающие головные боли с рвотой, усиливающиеся по утрам. Одновременно заметила появившееся в это время равнодушие к работе, семье, окружающим лицам, несколько снизилась память. Муж, пришедший вместе с ней на прием, дополнительно сообщил, что в последние недели она стала систематически мочиться в постель.

Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Артериальное давление 130/80 мм рт. ст. Менингеальных явлений нет. Пульс 62 уд/мин., ритмичен. Обоняние не нарушено. Острота зрения 0,8 на оба глаза. Застойные диски зрительных нервов с кровоизлияниями по краям. Зрачки круглые, равны, их реакции на свет, аккомодацию и конвергенцию живые. Нистагма и глазодвигательных расстройств нет. Сглажена левая носогубная складка. Язык по средней линии. Парезов и параличей нет. Пробы на координацию выполняет хорошо. В позе Ромберга устойчива. Хватательный рефлекс, симптом Маринеско-Радовичи, хоботковый рефлекс слева. Сухожильные и периостальные рефлексы с конечностей оживлены слева. Брюшные рефлексы слабее слева. Симптом Бабинского слева. Чувствительных нарушений не выявлено. Вялость и замедленность движений, безинициативность, снижение критики к окружающему и своему состоянию. Непроизвольное мочеиспускание.

На рентгенограмме черепа изменений нет. На ЭЭГ - судорожных потенциалов нет, отмечается наличие дельта- и тета-волн в правой лобно-височной области. При эхоэнцефалоскопии обнаружено смещение срединных структур мозга влево на 5 мм.

Где расположен патологический процесс? Приведите обоснование топического диагноза у больной. Чем объясните отсутствие изменений на краниограмме при наличии грубых изменений на глазном дне? Тактика лечения? Прогноз?

**Задача 2.** 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 3.** 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 4.** 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?

**Задача 5.** У мужчины 45 лет в сауне возникла интенсивная головная боль, которая продолжалась около 6 часов и постепенно ослабла. На следующий день он обратился к врачу поликлиники в связи с возникшим двоением. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление повышено до 160/100 мм рт.ст. при обычном АД – 140/80 мм рт.ст., пульс – 80 ударов в минуту, ритм правильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, полуптоз справа, правый зрачок шире левого, его реакция на свет ослаблена, расходящееся косоглазие, движение правого глазного яблока ограничено внутрь, вверх и вниз, других неврологических нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Предполагаемая причина (этиология) заболевания?
5. Врачебная тактика?

#### **Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-7; код индикатора ОПК-7.3**

1. Принципы оказания неотложной помощи при развитии апоплектической комы
2. Неотложные мероприятия при развитии отека головного мозга
3. Неотложные мероприятия при развитии дислокационного синдрома
4. Неотложные мероприятия при развитии делирия
5. Неотложные мероприятия при развитии миастенического криза
6. Неотложные мероприятия при развитии холинэргического криза
7. Неотложные мероприятия при развитии симпатoadреналового криза
8. Неотложные мероприятия при развитии вагоинсулярного криза
9. Неотложные мероприятия при развитии эпилептической комы
10. Неотложные мероприятия при развитии бульбарного паралича

#### **Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-8; код индикатора ОПК-8.3**

**Задача №1.** Больная 26 лет доставлена скорой помощью с улицы. Со слов больной, поскользнулась на улице, ударилась головой о землю. Что было дальше — не помнит. Очнулась в машине скорой помощи. Жалуется на сильную головную боль в затылке, тошноту, головокружение. Однократно была рвота.

Объективно: состояние средней тяжести, заторможена, быстро истощается, при разговоре, не может сосредоточиться. АД = 120/70 мм рт. ст., пульс 84 уд. в 1 мин., ритмичный. Болезненность при пальпации в области затылка. Менингеальных симптомов нет. Зрачки D = S, реакция на свет сохранена. Лицо симметрично, девиации языка нет. Парезов конечностей нет. Общая мышечная гипотония. Сухожильные рефлексы живые D = S. Чувствительных расстройств нет. Патологических с-мов нет.

Вопросы:

- а) Сформулируйте клинический диагноз.
- б) Какие дополнительные исследования необходимо сделать больной.
- в) Какова Ваша тактика по ведению больной?

**Задача №2.** Доставлен мужчина 40 лет, попал в автомобильную катастрофу 2 часа назад.

Объективно общее состояние тяжёлое. Пульс – 60 уд в мин, ритмичный. АД 150/90 мм рт. ст. На одежде следы рвотных масс. Подкожная гематома в правой лобно-теменной области, ссадины на руках, лице, туловище. Зрачки  $d=s$  без реакции на свет. Менингеальных знаков нет. Сглажена левая носогубная складка. Умеренная гипотония в мышцах рук и ног, но  $S>D$ . Сухожильные рефлексы низкие, но  $S>D$ . С. Бабинского слева.

**ВОПРОСЫ:**

- а) Каков Ваш клинический диагноз?
- б) Наличие какой патологии необходимо исключить?
- в) Какие дополнительные исследования необходимо провести больному в срочном порядке?
- г) Какова ваша тактика по ведению больного?

**Задача 6.** Женщина 60 лет доставлена в больницу в связи с онемением в правых конечностях, возникшим рано утром, при пробуждении. В течение 20 лет страдает артериальной гипертензией, обычный уровень артериального давления в последний год – 180/190/100-110 мм рт.ст. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление - 200/120 мм рт.ст., пульс – 70 ударов в минуту, ритм правильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, парезов нет, ослаблена болевая и температурная чувствительность на левой половине лица, туловища и в левых конечностях, рефлексы не изменены, патологических рефлексов нет. Компьютерная томография головы не выявила изменений в головном мозге.

- 1) Неврологический синдром и топический диагноз?
- 2) Клинический диагноз?
- 3) Предполагаемый патогенез заболевания?
- 4) Лечение?

**Задача 7.** Мужчина 55 лет доставлен в больницу в связи с развившимися два часа назад нарушениями речи и слабостью в правых конечностях. Три года назад перенёс инфаркт миокарда, в течение последнего года беспокоят приступы стенокардии напряжения. Постоянно принимает аспирин по одной таблетке (100 мг) вечером, нитросорбид по несколько таблеток в день. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., пульс – 75 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, речь отсутствует, обращенную речь понимает плохо, движения глазных яблок вправо ограничены, парез нижней части мимической мускулатуры справа, при высывании девиация языка вправо, отсутствуют движения в правых конечностях, справа ослаблены все виды чувствительности, оживление сухожильных рефлексов справа, симптом Бабинского справа.

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

**Задача №8.** Больная С., 58 лет, поступила в клинику нервных болезней с жалобами на слабость в правой руке и ноге, затруднение речи. В течение 2 последних лет (раз в 2-3 месяца) у больной развивалась слабость правой руки, которая проходила без лечения. Во время работы отметила слабость в правой руке, затем присоединилась слабость правой ноги, отмечалось ухудшение зрения на левый глаз. При поступлении общее состояние - удовлетворительное. Пульс - 82 удара в минуту, ритмичный. Артериальное давление - 160/90-140/85 мм рт.ст. Тоны сердца чистые, акцент второго тона на аорте. Ослаблена пульсация левой общей сонной артерии. Неврологический статус: легкий парез лицевого нерва справа по центральному типу, незначительная девиация языка вправо. В пробе Барре несколько быстрее опускаются правые конечности. Сухожильные и периостальные рефлексы справа выше, чем слева. Брюшные рефлексы справа ниже, подошвенный рефлекс справа не вызывается. Правосторонняя гемигипестезия. Анализ крови: Нв - 106,2 ед, эритроциты – 4.975.000, лейкоциты – 9.000, СОЭ - 6 мм/час. Спинномозговая жидкость: давление 140 мм водного столба, белок

0,33%, реакция Панди ++, цитоз  $\frac{1}{3}$ , реакция Вассермана отрицательная, реакция Ланге - 01121000. Анализ мочи без особенностей. На ЭКГ - ритм синусовый, признаки перегрузки правого предсердия. Рентгеноскопия органов грудной клетки - сердце расширено влево, аорта уплотнена. Глазное дно - резко сужены артерии. РЭГ - снижение кровенаполнения в левом полушарии головного мозга. Ангиография - стеноз левой внутренней сонной артерии на шее. КТ - очаг пониженной плотности.

1. Установите диагноз. 2. Назначьте лечение

### **3. Оценочные средства (оценочные материалы) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине**

#### **7 семестр**

#### **Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-9**

1. Поражение височной доли правой гемисферы головного мозга
2. Поражение височной доли левой гемисферы головного мозга
3. Поражение лобной доли правой гемисферы головного мозга
4. Поражение лобной доли левой гемисферы головного мозга
5. Поражение теменной доли правой гемисферы головного мозга
6. Поражение теменной доли левой гемисферы головного мозга
7. Поражение затылочной доли правой гемисферы головного мозга
8. Поражение затылочной доли левой гемисферы головного мозга
9. Поражение передней черепной ямки
10. Поражение средней черепной ямки
11. Поражение задней черепной ямки
12. Синдромы поражения экстрапирамидной системы
13. Синдромы поражения внутренней капсулы
14. Синдромы поражения ножек мозга
15. Синдромы поражения варолиева моста
16. Синдромы поражения продолговатого мозга
17. Синдромы поражения мозжечка

#### **Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ПК-5**

1. Выявление синдрома пирамидной недостаточности
2. Выявление синдрома амиостаза
3. Выявление синдрома сенсорных нарушений
4. Приемы выявления минимально выраженных нарушений двигательной функции.
5. Какими методами исследования выявляются парезы конечностей?
6. Как исследуется тонус мышц в руках и ногах?
7. Перечислите степени выраженности глубоких рефлексов.
8. Как вызывается патологический симптом Бабинского?
9. Как вызывается патологический симптом Россолимо?
10. Как выявляется атрофия мышц на конечностях?
11. Как выявляются фасцикуляции и фибриллярные подергивания в мышцах?

## **Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ПК-6**

1. Синдромы поражения спинного мозга (поперечник, полупоперечник, структуры серого и белого вещества) на уровне C1-4
2. Синдромы поражения спинного мозга (поперечник, полупоперечник, структуры серого и белого вещества) на уровне C5-7
3. Синдромы поражения спинного мозга (поперечник, полупоперечник, структуры серого и белого вещества) на уровне C7-D1
4. Синдромы поражения спинного мозга (поперечник, полупоперечник, структуры серого и белого вещества) на уровне D2-5
5. Синдромы поражения спинного мозга (поперечник, полупоперечник, структуры серого и белого вещества) на уровне D6-8
6. Синдромы поражения спинного мозга (поперечник, полупоперечник, структуры серого и белого вещества) на уровне D9-12
7. Синдромы поражения спинного мозга (поперечник, полупоперечник, структуры серого и белого вещества) на уровне L1-5
8. Синдромы поражения спинного мозга (поперечник, полупоперечник, структуры серого и белого вещества) на уровне S1-3
9. Синдромы поражения спинного мозга (поперечник, полупоперечник, структуры серого и белого вещества) на уровне S4-Coс1-3
10. Тенториальный синдром
11. Синдром вклинения в большое затылочное отверстие
12. Синдром верхней глазничной щели
13. Синдром мосто-мозжечкового угла
14. Менингеальный синдром (этиология, патогенез, клиника, дифф.диагностика)
15. Гипертензионный синдром (этиология, патогенез, клиника, дифф.диагностика)
16. Гидроцефальный синдром (этиология, патогенез, клиника, дифф.диагностика)
17. Ликвор, ликвородинамика, норма и патология
18. Офтальмо-неврологическое исследование
19. Ото-неврологическое исследование
20. Речь и ее нарушения
21. Гнозис и его нарушения
22. Праксис и его нарушения
23. Память и ее нарушения
24. Интеллект, мышление и их расстройства
25. Эмоции, внимание и их нарушения
26. Сознание и его нарушения
27. 1 мотонейрон: кортико-спинальный путь, анатомия, физиология, симптомы поражения на разных уровнях. Синдром центрального паралича: клинические особенности в зависимости от уровня поражения.
28. Морфо-функциональная организация движения.
29. Подкорковые узлы (экстрапирамидная система), анатомия, физиология, симптомы поражения.
30. Морфо-функциональная организация сенсорных систем.
31. Периферическая нервная система, морфо-функциональная организация, признаки поражения.
32. Оболочки головного и спинного мозга, анатомия, физиология, симптомы поражения.

## **Практические навыки и умения при обследовании больного**

**Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности ком-**

### **петенцииОПК-5; код индикатора ОПК-5.3**

1. Исследование поверхностной и глубокой чувствительности.
2. Исследование сложных видов чувствительности.
3. Исследование объема активных и пассивных движений.
4. Исследование мышечной силы, тонуса мышц и постуральных рефлексов.
5. Исследование физиологических (поверхностных и глубоких) и патологических рефлексов.
6. Исследование синкинезий и защитных рефлексов.
7. Исследование обоняния и его расстройств.
8. Исследование зрения и его расстройств.

### **Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенцииОПК-7; код индикатора ОПК-5.3**

1. Исследование слуха и его расстройств.
2. Исследование вестибулярного анализатора и его расстройств.
3. Исследование вкуса и его расстройств.
4. Исследование функций черепных нервов.
5. Исследование псевдобульбарных рефлексов, рефлексов орального автоматизма.
6. Исследование статических и локомоторных функций мозжечка.
7. Исследование координации и равновесия.
8. Исследование функций вегетативной нервной системы.
9. Исследование нарушения чувствительности и движений при поражении периферических нервов и сплетений.

### **Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенцииОПК-8; код индикатора ОПК-8.3**

1. Исследование болевых точек при заболеваниях периферических нервов.
2. Исследование реактивных болевых синдромов и симптомов натяжения нервных стволов.
3. Исследование нарушений речи (моторной, сенсорной, амнестической, семантической афазии), чтения, письма, счета.
4. Исследование гнозиса, праксиса, выявление их нарушений.
5. Исследование менингеальных (оболочечных) симптомов.
6. Определение и оценка уровня сознания (оглушение, сопор, кома, психомоторное возбуждение), качественных форм нарушения сознания: делирий, онейроид, аменция, сумеречное состояние сознания.
7. Выявление очаговых неврологических симптомов в коматозном состоянии.

## **8 семестр**

### **Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-5; код индикатора ОПК-5.1**

1. Морфо-функциональная организация движения.
2. 1 мотонейрон: кортико-спинальный путь, анатомия, физиология, симптомы поражения на разных уровнях. Синдром центрального паралича: клинические особенности в зависимости от уровня поражения.

3. Система мотонейронов передних рогов спинного мозга: анатомия, физиология, симптомы поражения на разных уровнях. Синдром периферического паралича: клинические особенности в зависимости от уровня поражения.
4. Подкорковые узлы (экстрапирамидная система), анатомия, физиология, симптомы поражения.
5. Мозжечок, его связи, функции, симптомы поражения. Виды атаксий.
6. Морфо-функциональная организация сенсорных систем.
7. Анализаторы – морфо-функциональная организация и синдромы расстройств.
8. Чувствительность, виды чувствительности, варианты чувствительных расстройств.
9. Варианты проводникового и периферического типа чувствительных расстройств (корковый, капсулярный, таламический, стволовой, спинальный, невралгический, ганглионарный, заднероговой).
10. Синдромы поражения спинного мозга (поперечник, полупоперечник, структуры серого и белого вещества).
11. Периферическая нервная система, морфо-функциональная организация, признаки поражения.
12. Синдромы поражения плечевого сплетения и нервов верхней конечности.
13. Синдромы поражения пояснично-крестцового сплетения и нервов нижней конечности.
14. 2 пара черепных нервов: анатомия, физиология, симптомы поражения. Офтальмоневрологическое исследование
15. 3, 4, 6 пара черепных нервов: анатомия, физиология, симптомы поражения.
16. 5 пара черепных нервов: анатомия, физиология, симптомы поражения.
17. 7 пара черепных нервов: анатомия, физиология, симптомы поражения на разных уровнях.
18. 8 пара черепных нервов: анатомия, физиология, симптомы поражения. Отоневрологическое исследование.
19. Каудальная группа (9, 10, 11, 12) черепных нервов: анатомия, физиология, симптомы поражения. Бульбарный и псевдобульбарный паралич.
20. Синдромы поражения внутренней капсулы.

**Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-7; код индикатора ОПК-7.1**

1. Зрительные бугры, анатомия, физиология, симптомы поражения.
2. Гипоталамо-гипофизарный комплекс, структурно-функциональная организация, клиника нарушений.
3. Лимбико-ретикулярный комплекс, структурно-функциональная организация, клиника нарушений.
4. Синдромы поражения ствола головного мозга – педункулярный уровень.
5. Синдромы поражения ствола головного мозга – понтинный уровень.
6. Синдромы поражения ствола головного мозга – бульбарный уровень.
7. Дислокационные синдромы (латеральные и осевые), этиопатогенез, клинические проявления.
8. Синдромы поражения базальных отделов головного мозга (передней, средней, задней черепной ямки).
9. Синдром верхней глазничной щели.
10. Синдром мосто-мозжечкового угла.
11. Локализация функций в коре головного мозга.
12. Речь, развитие и нарушения. Алалии и дислалии. Афазии, виды афазий, их топикодиагностическое значение, дифференциальная диагностика, дизартрия.
13. Память, дисмнестические синдромы.



14. Эмоции, синдромы эмоциональных нарушений.
15. Мышление и интеллект, их нарушения.
16. Гнозис и праксис, синдромы нарушений.
17. Сознание и его нарушения.
18. Восприятие и внимание, их расстройства.
19. Функциональная межполушарная асимметрия и ее роль в развитии и клинических проявлениях патологии.
20. Синдромы поражения лобных долей головного мозга.
21. Синдромы поражения височных долей головного мозга.

**Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-8; код индикатора ОПК-8.1**

1. Синдромы поражения теменных долей головного мозга.
2. Синдромы поражения затылочных долей головного мозга.
3. Надсегментарный уровень вегетативной нервной системы - структурно-функциональная организация, клиника нарушений.
4. Методы исследования вегетативной регуляции.
5. Сегментарный уровень вегетативной нервной системы - структурно-функциональная организация, клиника нарушений.
6. Симпатический отдел вегетативной нервной системы, анатомия, физиология, симптомы поражения.
7. Парасимпатический отдел вегетативной нервной системы, анатомия, физиология, симптомы поражения.
8. Синдромы нарушений функции тазовых органов.
9. Оболочки головного и спинного мозга, анатомия, физиология, симптомы поражения.
10. Менингеальный синдром (этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика)
11. Ликворная система, физиология и патология ликвородинамики, ликворные синдромы. Диагностические методы.
12. Гипертензионный и гидроцефальный синдромы. Диагностические критерии. Методы параклинической диагностики.
13. Кровоснабжение головного и спинного мозга и его регуляция, патофизиологические механизмы нарушения мозгового кровообращения, синдромы дизгемических расстройств, методы изучения и оценки.
14. Судорожные синдромы, их диагностическая значимость, виды фокальных припадков.
15. Нейровизуализация, рентгено-радиологические методы диагностики.
16. Электрофизиологические диагностические методы.
17. Параклинические и дополнительные клинические методы в неврологической и нейрохирургической диагностике.
18. Диагностические возможности обзорной рентгенографии черепа, контрастной ангиографии, КТ и МР ангиографии, КТ и МРТ головного и спинного мозга, их сравнительная характеристика.

**Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-5; код индикатора ОПК-5.2**

**Клинические задачи**

**Задача 1.** У больного при осмотре выявляется: выраженная атрофия в мышцах верхних конечностей и плечевого пояса, умеренная — в мышцах нижних конечностей; генерализованные фасцикулярные подергивания в мышцах рук и ног; глубокие рефлексy на руках угнетены, на ногах оживлены; двусторонние кистевые и стопные патологические рефлексy; чувст-

вительность и функции тазовых органов сохранены. Определите клинический синдром поражения спинного мозга.

**Задача 2.** Пациент заболел остро в июне месяце во время проведения геолого-разведочных работ в таежных районах. Через несколько дней был доставлен в больницу в тяжелом состоянии. Через 1,5 недели общее состояние улучшилось. В неврологическом статусе обнаруживались следующие симптомы: дизартрия, дисфагия, фасцикуляции на языке и в мышцах плечевого пояса; слабость в мышцах шеи («свисающая голова»), верхний вялый глубокий парепарез; нижние конечности интактны, чувствительность сохранена. Назовите клинические синдромы и укажите локализацию процесса.

**Задача 3.** Пациент, 60 лет, заболел остро. В бане наблюдалась кратковременная потеря сознания, беспокоили головные боли, головокружение. Доставлен в больницу машиной «скорой помощи». В статусе обнаружены: осиплость и носовой оттенок голоса, затруднение при проглатывании жидкой пищи, ограничение подвижности мягкого неба справа. В правых конечностях наблюдались тремор и миомпопадание. Снижение чувствительности на лице справа, элементы синдрома К. Бернара—Горнера. Левосторонняя гемигипестезия, умеренно выраженные симптомы левостороннего рефлексорного гемипареза. Назовите клинический синдром и укажите локализацию процесса.

**Задача 4.** При обследовании больного выявлено: неустойчивость при ходьбе и отклонение вправо; горизонтальный нистагм при отведении глазных яблок вправо; умеренный парез мимической мускулатуры справа; снижение слуха на правое ухо; гипестезия на правой половине лица. Определите уровень поражения.

**Задача 5.** При обследовании пациента обращает внимание недостаточно критичная оценка своего состояния, эйфория, элементы «дурашливости», склонность к шуткам, не соответствующим уровню образования, снижение памяти, неопрятность. В неврологическом статусе обнаруживаются симптомы противодержания и непроизвольного схватывания. Определите локализацию очага.

**Задача 6.** Больная предъявляет жалобы на периодические приступы сердцебиения, чувства нехватки воздуха, ознобоподобного гиперкинеза, чувства страха; заканчивается приступ обильным мочеиспусканием. В последние месяцы нарушился сон, увеличился вес, периодически отмечается повышение температуры. Первые признаки заболевания отметила 7—8 мес. назад, через несколько недель после респираторного заболевания с высокой температурой. При обследовании обнаружено ожирение лица и туловища, конечности худые. На коже живота — рубцовые полосы красно-фиолетового цвета. Усилен рост волос на лице. Тахикардия, повышение АД — 160/90 мм рт. ст. Температура тела — 37,6°C. В неврологическом статусе определяется умеренное преобладание глубоких рефлексов слева. Определите локализацию и характер синдрома.

**Задача 7.** Больной предъявляет жалобы на нарушение чувствительности в левой руке и левой половине туловища (до пупка), боли, безболезненные ожоги, слабость в левой руке. Болен около 8 лет.

Объективно. Послеожоговые рубцы на левой руке и туловище. Локтевой сустав деформирован. Левая кисть «сочная» («гроздь бананов»), трофические изменения кожи и ногтей. Синдром Клода Бернара—Горнера слева. Анестезия в зоне сегментов C5—D10 слева (глубокая чувствительность сохранена). Глубокие рефлексы на левой руке резко снижены.

Определите локализацию процесса и назовите основные клинические синдромы. Какие симптомы имеют вегетативный генез?

**Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-7; код индикатора ОПК-7.2**

1. Цереброваскулярные заболевания – классификация, организация помощи больным с цереброваскулярной патологией, принципы диагностики, дифференциальной диагностики, тактики ведения.
2. Цереброваскулярные заболевания – начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения, преходящие нарушения мозгового кровообращения (транзиторные ишемические атаки), методы параклинической диагностики, тактика ведения.
3. Цереброваскулярные заболевания – геморрагические формы. Патофизиология развития. Геморрагический инсульт (паренхиматозные, паренхиматозно-субарахноидальные паренхиматозно-вентрикулярные кровоизлияния). Тактика ведения.
4. Цереброваскулярные заболевания – геморрагические формы. Субарахноидальное кровоизлияние. Осложнения субарахноидального кровоизлияния. Тактика ведения.
5. Цереброваскулярные заболевания – ишемические формы. Патофизиология поражения вещества головного мозга при ишемическом инсульте. Пенумбра (ишемическая полутень). Дифференциация понятий «инфаркт головного мозга» (как необратимый процесс) и «ишемия головного мозга» как динамический и потенциально обратимый процесс, терапевтическое окно, нейропротекция и тромболизис.
6. Цереброваскулярные заболевания – хроническая сосудистая мозговая недостаточность, ишемическая болезнь головного мозга, стадии развития, тактика ведения.
7. Нарушения спинального кровообращения. Нарушения спинального кровообращения по геморрагическому (гематомиелия) и ишемическому типу, хронические варианты течения.
8. Воспалительные заболевания – гнойные менингиты.
9. Воспалительные заболевания – серозные менингиты.
10. Воспалительные заболевания – энцефалиты (клещевой, герпетический, боррелиозный, летаргический (Экономо), коревой, гриппозный, парainфекционные и паравакцинальные).
11. Воспалительные заболевания спинального уровня – миелиты. Полиомиелит. Опоясывающий лишай.
12. Воспалительные заболевания спинального уровня – эпидурит.
13. Воспалительные заболевания – ВИЧ, сифилис, ботулизм, столбняк.
14. Воспалительные заболевания – арахноидиты.
15. Абсцесс головного мозга, эпидурит.
16. Паразитарные заболевания головного мозга: эхинококкоз, токсоплазмоз, цистециркоз
17. Травма головного мозга: сотрясение, ушиб, внутричерепные гематомы (эпидуральная, субдуральная, субарахноидальная, внутримозговая), диффузное аксональное повреждение, тактика ведения.
18. Травмы спинного мозга: сотрясение, ушиб, сдавление спинного мозга.
19. Травмы периферической нервной системы, тоннельные синдромы.
20. Основные принципы оказания лечебной помощи больным с повреждением позвоночника и спинного мозга.
21. Опухоли головного мозга.
22. Опухоли спинного мозга.
23. Сирингомиелия, дизрафический статус.
24. Амиотрофический боковой склероз. Синдром БАС.
25. Дегенеративные заболевания, приводящие к развитию деменции.
26. Острые демиелинизирующие заболевания.
27. Подострые и хронические демиелинизирующие заболевания, этиопатогенез клинические формы - рассеянный склероз и др.
28. Вертеброгенные заболевания периферической нервной системы.
29. Невертеброгенные заболевания периферической нервной системы.

30. Отек мозга: причины, механизмы развития, осложнения, методы коррекции. Синдром вклинения-ущемления головного мозга, вторичный стволый синдром, клиника, диагностика, лечение.
31. Полинейропатии: инфекционно-аллергические, токсические эндогенные и экзогенные, дисметаболические, наследственные. Объективизация степени вовлечения аксона (осевого цилиндра) и миелиновой оболочки
32. Мигрень и другие цефалгии, синдром Хортона.
33. Вегетативные дисфункции (гипоталамический синдром, синдром вегетативной дисфункции, вегетативные пароксизмы, периферические вегетативные синдромы)
34. Лицевые вегеталгии, нейропатия тройничного нерва, лицевые боли. Лицевые вегеталгии (передне-шейный симпатический синдром, невралгия крылонёбного, носоресничного ганглиев, задне-шейный симпатический синдром)
35. Патология периферического уровня вегетативной нервной системы.
36. Миастения и миастенические синдромы.
37. Пароксизмальные состояния. Обморочные и синкопальные состояния. Эпилепсия и эпилептические синдромы, эпилептический статус.
38. Заболевания с преимущественным поражением экстрапирамидной системы: паркинсонизм, тики, хорей, мышечная дистония.
39. Поражение нервной системы при интоксикациях, радиационные поражения нервной системы. Профессиональные заболевания и поражения нервной системы.
40. Неврозы и вторичные невротические расстройства.
41. Сон и диссомнические расстройства.

### Клинические задачи

**Задача №1.** 29-летний пациент, в прошлом страдавший ряд лет заболеванием среднего уха, за последние 2-3 недели заметил обильные гнойные выделения из него, повысилась температура тела, стали отмечаться сильные головные боли с рвотой. За 10 дней до поступления снизился слух на левое ухо.

Со стороны внутренних органов без патологии. Артериальное давление 120/80 мм рт.ст. Повышение температуры до 38,1.

Анализ крови: гемоглобин 120 г/л, лейкоцитоз  $13 \cdot 10^9$ /л со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 40 мм/час. Менингеальных знаков нет. Пульс 60 уд/мин, ритмичный. Обоняние сохранено. Острота зрения 0,8 на оба глаза. На глазном дне начальные явления застоя дисков зрительных нервов. Правосторонняя гемианопсия. Зрачки круглые, равны, реакция на свет живая. Глазодвигательных расстройств нет. Складки лица симметричны. С обеих сторон хорошо зажмуривает глаза и наморщивает лоб, фонация и глотание сохранены. Язык при высовывании по средней линии. Парезов нет. Чувствительность всех видов сохранена. В позе Ромберга устойчив. Сухожильные и периостальные рефлексy с верхних и нижних конечностей живые, слева выше. Брюшные рефлексy быстро истощаются. Симптомы Бабинского и Чаддока слева. Отмечается выраженная амнестическая афазия. Пациенту помогает подсказка первого слова. В речи пациента преобладают глаголы и вводные слова; почти полностью отсутствуют существительные.

На рентгенограмме черепа отмечено некоторое усиление рисунка "пальцевых вдавлений". При эхоэнцефалоскопии смещение срединных структур на 4мм.

Сформулируйте топический диагноз. Какие виды афазии Вы знаете? Их дифференциальная диагностика. Тактика врача в данном случае.

**Задача №2.** Больная С., 58 лет, поступила в клинику нервных болезней с жалобами на слабость в правой руке и ноге, затруднение речи. В течение 2 последних лет (раз в 2-3 месяца) у больной развивалась слабость правой руки, которая проходила без лечения. Во время работы отметила слабость в правой руке, затем присоединилась слабость правой ноги, отмечалось ухудшение зрения на левый глаз. При поступлении общее состояние - удовлетворительное.

Пульс - 82 удара в минуту, ритмичный. Артериальное давление - 160/90-140/85 мм рт.ст. Тоны сердца чистые, акцент второго тона на аорте. Ослаблена пульсация левой общей сонной артерии. Неврологический статус: легкий парез лицевого нерва справа по центральному типу, незначительная девиация языка вправо. В пробе Барре несколько быстрее опускаются правые конечности. Сухожильные и периостальные рефлексы справа выше, чем слева. Брюшные рефлексы справа ниже, подошвенный рефлекс справа не вызывается. Правосторонняя гемигипестезия. Анализ крови: Нв - 106,2 ед, эритроциты - 4.975.000, лейкоциты - 9.000, СОЭ - 6 мм/час. Спинномозговая жидкость: давление 140 мм водного столба, белок 0,33‰, реакция Панди ++, цитоз  $\frac{1}{3}$ , реакция Вассермана отрицательная, реакция Ланге - 01121000. Анализ мочи без особенностей. На ЭКГ - ритм синусовый, признаки перегрузки правого предсердия. Рентгеноскопия органов грудной клетки - сердце расширено влево, аорта уплотнена. Глазное дно - резко сужены артерии. РЭГ - снижение кровенаполнения в левом полушарии головного мозга. Ангиография - стеноз левой внутренней сонной артерии на шее. КТ - очаг пониженной плотности.

1. Установите диагноз. 2. Назначьте лечение.

**Задача № 3.** У больного, 15 лет, через несколько дней после вакцинации внезапно ослабели нижние конечности, возникла задержка мочеиспускания, при ходьбе стало пошатываться влево. При осмотре; горизонтальный нистагм, снижение силы в ногах с двух сторон, двусторонние патологические стопные рефлексы, отсутствие брюшных рефлексов, интенционный тремор и миопопадание при выполнении координаторных проб слева. На МРТ головного мозга: справа большой негетерогенный очаг и несколько мелких перивентрикулярных очагов с двух сторон, небольшой очаг в белом веществе левого полушария мозжечка. На глазном дне: побледнение височных половин сосков зрительных нервов.

1) Диагноз? 2) С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз на данный момент и в последующем? 3) Назначьте лечение.

**Задача №4.** Больной 27 лет обратился к врачу с жалобами на нарастающую слабость в левой ноге. Пять лет назад был ретробульбарный неврит слева с частичным восстановлением зрения. Около года назад было кратковременное онемение левых конечностей. К врачам не обращался и через неделю все симптомы прошли бесследно. При неврологическом осмотре выявляется горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм, снижение мышечной силы в левой ноге до 4 баллов, сухожильные рефлексы повышены с двух сторон, но выше слева. Двусторонний симптом Бабинского и Россолимо. Брюшные рефлексы не вызываются. Офтальмолог: побледнение височной половины диска зрительного нерва слева.

1. Какой клинический диагноз? 2. Какое дополнительное обследование может подтвердить этот диагноз? 3. Какой основной метод лечения больного на данный момент?

**Задача №5.** Больной Н., 47 лет, поступил в клинику с жалобами на пошатывание при ходьбе. Из анамнеза известно, что 8 месяцев назад стал постепенно снижаться слух на левое ухо, затем развилась асимметрия лица и онемела левая щека, появились головные боли, тошнота, головокружение. Объективно: нарушение слуха слева по типу поражения звуковоспринимающего аппарата, периферической парез левого лицевого нерва, гипестезия левой половины лица, гипотония мышц, атаксия в левых конечностях. Глазное дно - застойные диски зрительных нервов. Рентгенограмма височной кости по Стенверсу - расширение левого слухового прохода. В ликворе - белково-клеточная диссоциация.

1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте лечение.

**Задача №6.** Больной Н., 45 лет, кочегар, обратился к врачу с жалобами на длительно незаживающие ожоги, боли от которых не чувствовал. Впервые имел безболевого ожог 10 лет назад. При осмотре больного отмечены вялый парез верхних конечностей и сегментарное нарушение чувствительности на уровне C<sub>1</sub>-Th<sub>2</sub> с обеих сторон.

1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте лечение.

**Задача №7.** Больной Н., 56 лет, поступил в клинику нервных болезней с жалобами на головные боли, тошноту. Родственники больного в течение полугода отмечают изменения в поведении больного: стал неряшлив, эйфоричен, неадекватно ведет себя на работе и дома. При осмотре: центральный парез VII нерва слева, рефлекс Бабинского и хватательный рефлекс слева. Окулистом отмечена атрофия диска зрительного нерва справа и застойные явления на глазном дне слева. Смещение срединных структур влево на 4 мм.

1. Установите диагноз. 2. Назначьте лечение.

**Задача №8.** 52-летний пациент, в течение длительного времени страдавший абсцессом правого легкого, за последние месяцы, стал замечать нарастающую головную боль во лбу и висках, появилось ощущение онемения и слабости в левых конечностях. Несколько снизилась память. Часто отмечалось повышение температуры по вечерам. В течение последнего месяца нарастала слабость в левых конечностях. Наблюдающий пациента хирург-пульмонолог отметил на рентгенограмме легкого некоторое увеличение очага поражения правого легкого. Со стороны внутренних органов патологии не отмечено. Артериальное давление 130/80 мм рт.ст.

В анализе крови выявлен лейкоцитоз  $13 \cdot 10^9/\text{л}$ , в лейкоцитарной формуле сдвиг влево и эозинопения; СОЭ 38 мм/час. Менингеальных симптомов нет. Пульс 62 уд/мин. Болезненность при перкуссии и правой лобно-височной области. Зрачки округлой формы, равны. Реакция зрачков на свет, аккомодацию и конвергенцию живая. Глазодвигательных нарушений нет. Острота зрения 0,8 на оба глаза. На глазном дне - начальные явления застоя дисков зрительных нервов, контуры их нечеткие, смазанные; поля зрения не изменены. Сглажена левая носогубная складка. Оба глаза жмурит хорошо, чувствительность на лице сохранена. Язык по средней линии. Отмечается выраженный левосторонний гемипарез, больше в руке, с повышением мышечного тонуса в левых конечностях, левосторонняя гемигипестезия на все виды чувствительности. В позе Ромберга устойчив, пробы на координацию выполняет хорошо правыми конечностями, слева несколько хуже из-за гемипареза. Высшие корковые функции не нарушены.

На рентгенограмме черепа - усиление рисунка "пальцевых вдавлений", некоторое утончение спинки турецкого седла.

При люмбальной пункции ликвор прозрачный, концентрация белка 0,7 г/л, цитоз 15/мкл.

При эхоэнцефалоскопии смещение срединных структур справа налево на 5 мм.

Вопросы. Где локализуется патологический процесс? Сформулируйте топический диагноз. Все ли параклинические методы исследования использованы у пациента и какова их дополнительная ценность?

**Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции**

**ОПК-8; код индикатора ОПК-8.2**

1. Организация и структура генома человека, хромосомы.
2. Структура генов и код передачи генетической информации.
3. Структура ДНК, механизмы репликации, транскрипции и трансляции, виды РНК.
4. Типы геномных и хромосомных мутаций. Патогенез хромосомных болезней.
5. Методы генетического анализа. Медико-генетическое консультирование.
6. Генетический перинатальный скрининг.
7. Лабораторная диагностика наследственных болезней обмена.
8. Основы фармакогенетики.
9. Хромосомные болезни, классификация, клинические признаки хромосомных болезней.

- Синдром Дауна.
- Синдром Эдвардса.

- Синдром Патау
  - Синдром Вольфа-Хиршхорна
  - Синдром кошачьего крика
  - Синдром Шерешевского-Тернера
  - Синдром Кляйнфельтера
  - ХУУ-синдром
  - Синдром трипло-Х
  - Синдром Эдвардса.
  - Синдром Патау(трисомия 13)
  - синдром Лежёна
10. Клиническая генетика мультифакториальных заболеваний человека.
  11. Генеалогическая генетика и многофакторные заболевания.
  12. Генетическая эпидемиология и многофакторные заболевания.
  13. Медицинская геномика и многофакторные заболевания.
    - *Отдельные нозологии болезней с наследственной предрасположенностью.*
      - Генетические и клинические характеристики мигрени.
      - Генетические и клинические характеристики цереброваскулярных заболеваний.
      - Генетические и клинические характеристики рассеянного склероза.
      - Генетические и клинические характеристики эпилепсии.
      - Боковой амиотрофический склероз, синдром БАС
    - Артериальная гипертензия.
    - Атеросклероз
    - Сахарный диабет 2-го типа
    - Бронхиальная астма
  14. Основные виды мутаций и типы наследования моногенных заболеваний.
  15. Моногенные болезни. Классификация по типу наследования, нозологические формы.
  16. Моногенные болезни. Классификация по органному и системному типу, нозологические формы.
  17. Моногенные болезни. Классификация по типу обмена вещества, нозологические формы.
  18. Моногенные заболевания с поражением нервной системы, нозологические формы.
    - Болезни с нарушением обмена липидов.
    - Ганглиозидозы
    - Нейрональныецереоид-липофусцинозы
    - Сфингомиелинозы (болезнь Нимана-Пика)
    - Глюкоцереброзидозы (болезнь Гоше)
    - Болезнь Фабри (наследственный дистонический липидоз).
    - Лейкодистрофии
    - Мукополисахаридозы
    - Муколипидозы
    - Гомоцистинурия
    - Болезнь «кленового сиропа»
    - Наследственные ангиоматозы.
    - ЭнцефалотригеминальныйангиоматозШтурге-Вебера
    - Цереброретинальный ангиоматозГиппеля-Линдау
    - Туберозный склероз (болезньБурневилля-Прингла)
  19. Генетические и клинические характеристики болезни Паркинсона, синдром паркинсонизма.
  20. Генетические и клинические характеристики гепатолентикулярной дегенерации. Гепатоцеребральная дистрофия (болезнь Вестфаля-Вильсона-Коновалова)

21. Генетические и клинические характеристики хореи Гентингтона.
22. Генетические и клинические характеристики прогрессирующих мышечных дистрофий.
23. Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшенна-Беккера.
24. Прогрессирующая мышечная дистрофия Эмери-Дрейфуса.
25. Лице-лопаточно-плечевая прогрессирующая мышечная дистрофия (Ландузи-Дежерина)
26. Конечностно-поясные прогрессирующие мышечные дистрофии
27. Генетические и клинические характеристики спинальных амиотрофий.
28. Генетические и клинические характеристики невральных амиотрофий.
29. Генетические и клинические характеристики мозжечковых атаксий.
30. Генетические и клинические характеристики спинальных атаксий.

#### Болезнь Фридрейха

Атаксия вследствие дефицита витамина E

31. X сцепленные рецессивные атаксии
32. Семейная спастическая параплегия (болезнь Штрюмпеля)
33. Миотонии
34. Миоплегии
35. Болезни с аутосомно-доминантным типом наследования.
  - Ахондроплазия.
  - Несовершенный остеогенез.
  - Генетические и клинические характеристики факоматозов. Нейрофиброматоз.
  - Ретинобластома.
  - Синдром Марфана
  - Синдром Элерса-Данлоса
  - Болезнь Виллебранда
36. Болезни с аутосомно-рецессивным типом наследования.
  - Альбинизм.
  - Синдром Луи-Бар
  - Муковисцидоз
  - Фенилкетонурия
  - Галактоземия
37. X-сцепленные доминантные болезни:
  - Гипофосфатемический витамин-D-резистентный рахит
  - Недержание пигмента (синдром Блоха-Сульцбергера)
38. X-сцепленные рецессивные заболевания:
  - Гемофилия A, B.
  - Миопатия Дюшенна.
  - Миопатия Беккера (доброкачественная псевдогипертрофическая миопатия).
  - Синдром Лёша-Нихена (Лёша-Найхана)
39. Митохондриальное наследование. Генетические и клинические характеристики митохондриальных заболеваний.
  - Отдельные нозологии митохондриальных болезней.*
  - Атрофия зрительных нервов Лебера.
  - Синдром Кернса-Сейра
  - Синдром Лея.
  - Синдром MELAS
40. Пероксисомные болезни
  - Синдром Целвегера
  - Болезнь Рефсума
41. Прионные болезни



Классификация, характеристика отдельных нозологий прионных болезней  
 Болезнь Крейцфельдта-Якоба;  
 Фатальная семейная инсомния;  
 Куру;  
 Синдром Гестмана-Штраусслера-Шайнкера;

**Задача №1.** Больной, 25 лет. С 14 лет начал отмечать утомляемость в ногах, особенно в бедрах при подъеме и спуске по лестнице. В течение нескольких лет постепенно нарастала слабость в ногах и присоединилась слабость в мышцах плечевого пояса.

У матери и старшей сестры больного отмечаются такие же симптомы.

В неврологическом статусе: глазные щели расширены, губы утолщены, гипотрофия мышц плечевого и тазового поясов, резкое ограничение объема активных движений в плечевых и тазобедренных суставах, «крыловидные лопатки», встает с пола, опираясь руками на бедра, гипертрофия икроножных мышц, сухожильные рефлексы снижены, чувствительных нарушений нет.

Вопросы:

- а) Каков клинический диагноз?
- б) Какая форма заболевания?
- в) Какие дополнительные исследования целесообразно провести больному?

**Задача 2.** Больная 56 лет. Считает себя больной с 30 лет, когда появилась слабость в левой стопе, боли в икроножных мышцах. Через 5—6 лет присоединилась слабость в правой стопе, изменилась походка, заметила похудание мышц голени и стоп. Последние 5—6 лет стала отмечать слабость в кистях.

В неврологическом статусе — гипотрофия мышц кистей, стоп, предплечий и голени. Стопы свисают. При ходьбе выражен степпаж. Сухожильные рефлексы с рук и коленные снижены, ахилловы отсутствуют. Гипестезия рук и ног по дистальному типу в виде «перчаток» и «носок». Снижено мышечно-суставное чувство в пальцах стоп.

Вопросы:

- а) Каков клинический диагноз?
- б) Какие дополнительные исследования целесообразно провести больной?

**Задача №3.** Арахнодактилия наследуется как доминантный аутосомный признак с пенетрантностью 30%. Леворукость — рецессивный аутосомный признак с полной пенетрантностью. Определите вероятность проявления обеих аномалий одновременно у детей в семье, где оба родителя гетерозиготны по обеим парам генов.

**Задача №4.** Больной Б., 51 года. Окружающие заметили, что он стал медлительным, голос приобрел монотонный оттенок, на вопросы начал отвечать медленно, изменилась походка (стал ходить медленными шажками), появилось дрожание пальцев рук. Заболевание прогрессировало, нарастала скованность. Объективно: лицо амимично, тонус мышц в руках и ногах повышен по пластическому типу. Почти постоянный мелкоамплитудный тремор рук при произвольных движениях. Сухожильные рефлексы равномерны, повышены. Патологических рефлексов и расстройств чувствительности не выявляется. На ЭМГ — «залповая активность». Наследственность: у деда больного появилось дрожание конечностей, скованность движений в возрасте 60 лет.

1. Установите диагноз. 2. Назначьте лечение.

**Задача №5.** Больная, 25 лет. Стала замечать, что стопы «пришлёпывают» при ходьбе. Появилась зябкость рук и ног. Затем обнаружила похудание мышц стоп, в дальнейшем мышц голени. Через полгода присоединилось похудание мышц кистей рук и ограничение движе-

ний в пальцах. Объективно: кожа кистей рук и стоп мраморной окраски, холодная, на ощупь влажная, атрофия мышц стоп, голеней, дистальных отделов бедер и кистей рук. Рефлексы на руках снижены, на ногах: коленные рефлексы снижены, ахилловы рефлексы не вызываются. Гипестезия дистальных отделов конечностей. На ЭМГ - изменения, указывающие на поражение периферического двигательного нейрона.

1. Установите диагноз. 2. Назначьте лечение.

**Задача №6.** Больной 20 лет. В 18-летнем возрасте 3-5 дней отмечал снижение зрения на правый глаз. Через год появилось пошатывание при ходьбе, больше вправо, слабость в ногах, периодически задержка мочеиспускания.

В неврологическом статусе горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм, больше вправо; элементы скандированной речи, нижний спастический паразетез, отсутствуют брюшные рефлексы, в позе Ромберга и при ходьбе – пошатывание вправо. Мимопопадание и интенционный тремор в правой руке при выполнении пальце-носовой пробы. На глазном дне — побледнение височных половин сосков зрительных нервов.

Вопросы:

- а) Где локализуется патологический процесс?
- б) Каков клинический диагноз?
- в) Лечение, трудоспособность.

**Задача №7.** Больной, 45 лет, жалуется на слабость и похудание рук. Эти явления появились 6—8 месяцев назад и постепенно прогрессируют.

В неврологическом статусе: легкий бульварный синдром (дисфагия, дисфония, дизартрия, снижены глоточный и небный рефлексы, гипотрофия мышц языка, фибриллярные подергивания в языке); выражены аксиальные рефлексы; верхний вялый паразетез, больше выраженный в кистях. Сухожильные рефлексы на руках и ногах высокие. Другой неврологической симптоматики не выявлено.

На ЭМГ мышц рук выявляются фасцикуляции в покое и при тонических реакциях, редкая ритмическая активность при активных сокращениях. Вопросы:

- а) Где локализуется патологический процесс?
- б) Каков клинический диагноз?
- в) С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?

**Задача №8.** Больной 28 лет. 2 года назад впервые заметил, что обеими руками не различает горячее и холодное. Были безболезненные ожоги на кистях. В течение последнего года обратил внимание на похудание мышц кистей, неловкость при выполнении мелких точных движений пальцами.

В неврологическом статусе — синдром Клода Бериара — Горнера справа- атрофия межкостных мышц обеих кистей, больше справа. Сухожильные и периостальные рефлексы на руках не вызываются. Коленные и ахилловы рефлексы высокие S—D. Клонусы стоп. С. Бабинского с 2-х сторон. Брюшные рефлексы снижены. Выпадение болевой и температурной чувствительности на обеих руках. Глубокая чувствительность сохранена. Ногтевые фаланги утолщены, ногти тусклые, ломкие, кожа сухая. Следы ожогов на руках.

Вопросы:

- а) Где локализуется патологический очаг?
- б) Каков клинический диагноз?
- в) Лечение.

**Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-5; код индикатора ОПК-5.3**

1. Хирургическое вмешательство в полости черепа: обезболивание, управление артериальным давлением и дыханием, предупреждение и лечение отека мозга
2. Костно-пластическая трепанация черепа
3. Эндовазальная нейрохирургия.
4. Аневризмы головного мозга, артериовенозные мальформации, каротидно-кавернозные соустья.
5. Опухоли головного мозга: менингеомы, глиомы, невриномы, опухоли гипофиза и шишковидной железы, метастазы в головной мозг.
6. Открытые проникающие ранения черепа.
7. Синдром вклинения-ущемления головного мозга, вторичный стволый синдром.
8. Основные принципы нейрохирургических вмешательств
9. Принципы лучевой терапии и химиотерапии при нейрохирургической патологии
10. Костно-пластическая трепанация черепа
11. Основные принципы эндовазальной нейрохирургии.
12. Метастатические поражения головного мозга. Клиника, диагностика, лечебная тактика.
13. Открытые проникающие ранения черепа. Клиника, диагностика и хирургическое лечение.
14. Эпидуральные и субдуральные гематомы: понятие о «светлом промежутке», патогенез, клиника, диагностика и хирургическое лечение.
15. Внутречерепная гипертензия: патогенез, клиника и диагностика.
16. Гидроцефалия, ее формы и методы лечения.

### **Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-7; код индикатора ОПК-7.3**

#### **Клинические задачи**

**Задача № 1.** Женщина 65 лет доставлена в больницу в связи со слабостью в левых конечностях, которая возникла утром и постепенно нарастает в течение последующих 10 часов. До заболевания считала себя практически здоровой. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 190/100 мм рт.ст., пульс – 80 ударов в минуту, ритм правильный, систолический шум на шее в проекции бифуркации правой общей сонной артерии. Неврологический статус: менингеальных знаков нет, парез нижней части мимической мускулатуры слева, при высывании девиация языка влево, слабость в левых конечностях до 2-х баллов, снижение болевой чувствительности слева, оживление сухожильных рефлексов слева, симптом Бабинского слева.

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

**Задача № 2.** Женщина 70 лет доставлена в больницу в связи с нарушениями речи, которые возникли днём, 3 часа назад. В течение 10 лет страдает ишемической болезнью сердца, имеет постоянную форму мерцательной аритмии. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/110 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 90-120 в минуту, ритм неправильный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, больная возбуждена, многословна, речь содержит большое количество вербальных парафазий, обращённую речь больная не понимает, парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

- 1) Неврологические синдромы?
- 2) Топический диагноз?

- 3) Предварительный клинический диагноз?
- 4) Дополнительные методы обследования?
- 5) Лечение?

**Задача № 3.** Женщина 40 лет доставлена в больницу в связи с жалобами на головокружение, тошноту и нарушение глотания, которые возникли днём 2 часа назад. В 30 лет диагностирован ревматический порок сердца, по поводу чего наблюдается у кардиолога. При обследовании: в сознании, в области проекции митрального клапана выслушивается диастолический шум, артериальное давление – 150/100 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный, Неврологический статус: менингеальных знаков нет, птоз, миоз и энофтальм справа, голос глухой, глотание невозможно, справа свисает дужка мягкого нёба и отсутствует глоточный рефлекс, парезов конечностей нет, болевая и температурная чувствительность ослаблены на лице справа, на туловище и конечностях слева, интенционный тремор при выполнении пальценосовой и пяточноколенной проб в правых конечностях.

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

**Задача №4.** Мужчина 65 лет доставлен в больницу в связи с возникшей 4 часа назад слабостью в правой ноге. Год назад перенёс инсульт, сопровождавшийся развитием слабости в левых конечностях, преимущественно в ноге. Сила мышц частично восстановилась. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 75 в минуту, ритм правильный, систолический шум на шее в проекции бифуркации обеих общих сонных артерий. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, насильственный плач, положительные симптомы орального автоматизма, снижение силы до 2-х баллов в правой ноге и до 4-х баллов в правой руке и левой ноге, оживление сухожильных рефлексов, симптом Бабинского с обеих сторон.

- 1) Неврологические синдромы?
- 2) Топический диагноз?
- 3) Предварительный клинический диагноз? Причина систолического шума на шее?
- 4) Дополнительные методы обследования?
- 5) Лечение?

**Задача № 5.** Женщина 65 лет доставлена в больницу в связи с развившейся два часа назад слабостью в правых конечностях. Шесть лет назад перенесла инфаркт миокарда, после которого отмечаются приступы стенокардии покоя и напряжения, а также пароксизмы мерцательной аритмии. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 100-140 в минуту, ритм неправильный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, выпадение полей зрения слева, парез нижней части мимической мускулатуры слева, при высовывании девиация языка влево, отсутствие движений в левых конечностях с повышением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов слева, симптом Бабинского слева, утрачены все виды чувствительности на левой половине лица, туловища и в левых конечностях.

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

**Задача №6.** Больной И., 35 лет, поступил в клинику нервных болезней в тяжелом состоянии с жалобами на резкую головную боль. Больной периодически страдал головной болью. Днем внезапно появилась сильная головная боль, рвота, больной утратил сознание. В течение 4 дней находился в сопорозном состоянии. Выражены менингеальные симптомы. Спинномоз-

говая жидкость кровянистая. На 5-й день заболевания развились расстройства психики, проявлявшиеся психомоторным возбуждением, агрессивностью, неадекватным поведением, нарушениями памяти и критики. Из локальных симптомов отмечены центральный парез правого лицевого нерва, положительная проба Барре справа, легкий парез правой стопы, повышение сухожильных рефлексов справа.

1. Установите диагноз. 2. Назначьте лечение.

**Задача №7.** Больная 20 лет. Со слов матери, с 16 лет у девочки возникают припадки с потерей сознания, прикусыванием языка, тонико-клоническими судорогами непроизвольным мочеиспусканием. Эти припадки повторяются через 1,5-2 месяца. У отца больной наблюдаются аналогичные припадки. В неврологическом статусе очаговая симптоматика не выявляется. Соматически здорова. Рентгенограмма черепа без патологии. Глазное дно нормальное.

Вопросы:

- а) Какой вид припадков наблюдается у больной?
- б) Где локализуется патологический очаг?
- в) Какие дополнительные исследования необходимо провести?
- г) Каков клинический диагноз?
- д) Принципы лечения.

**Задача №8.** У юноши 17 лет в последних числах февраля развились катаральные явления, на фоне которых резко повысилась температура до 40°, развились сильнейшие головные боли, рвота, светобоязнь, грубый менингеальный синдром и сопорозное состояние. Через 2 дня от повышения температуры на коже лица и бедер появилась геморрагическая сыпь.

Вопросы: а) Где локализуется патологический процесс?

- б) Какие дополнительные методы необходимы для уточнения диагноза?
- в) Предположительный клинический диагноз?

**Задача №9.** Женщина 60 лет доставлена в больницу в связи с головной болью, онемением и неловкостью в правых конечностях, которые возникли днём на фоне эмоционального напряжения. В течение длительного времени наблюдается кардиологом с диагнозом: «Гипертоническая болезнь», обычные значения артериального давления в последний год – 180-190/100-110 ммрт.ст. При обследовании: спутанное состояние сознания, сонливость, артериальное давление – 200/120 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, снижение всех видов чувствительности на правой половине лица, туловища и в правых конечностях, движения в них неловкие, при пальценосовой и пяточно-коленной пробах наблюдается промахивание при закрывании глаз, сила в конечностях достаточная, сухожильные рефлексы и мышечный тонус снижены в правых конечностях.

Неврологические синдромы?

Топический диагноз?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные обследования и их предполагаемые результаты?

Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?

**Задача №10.** Больной 55 лет, с гипертонической болезнью III Б стадии, после физического и эмоционального напряжения почувствовал головную боль, отмечалась рвота, затем потеря сознания, развилась грубая неврологическая симптоматика — тотальная афазия, правосторонняя гемиплегия.

Вопросы:

- а) Где очаг поражения мозга?
- б) Какой инсульт у больного?

## **Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-8; код индикатора ОПК-8.3**

**Задача №11.** Больная 30 лет, страдающая ревматизмом, после легкого физического напряжения мгновенно потеряла сознание, развилась очаговая неврологическая симптоматика.

Вопросы:

- а) О каком диагнозе надо думать?
- б) Наличие каких симптомов в терапевтическом статусе помогут Вам в диагностировании инсульта?

**Задача №12.** После автомобильной аварии больной поступил в приемное отделение больницы в коматозном состоянии. При осмотре: кома, дыхание шумное, зрачки расширены с вялой реакцией на свет, расходящееся косоглазие, кровотечение и ликворея из левого уха. Симптомы периферического пареза лицевого нерва слева. Рефлекс Бабинского с обеих сторон.

1. Установите диагноз. 2. Назначьте лечение.

**Задача №13.** Больной 45 лет предъявляет жалобы на резкую головную боль, светобоязнь, тошноту, рвоту. Доставлен в приемное отделение больницы с улицы, где он упал, ударился головой, терял сознание. Объективно: больной беспокоен, многоречив, не ориентируется во времени. Легкая ригидность мышц затылка, скуловой симптом Бехтерева. Симптом Кернига с обеих сторон. Глазное дно - изменений нет. Рентгенограмма черепа: кости черепа не повреждены. Поясничная пункция: спинномозговая жидкость кровянистая, вытекает под повышенным давлением.

1. Установите диагноз. 2. Назначьте лечение.

**Задача №14.** Больной, 26 лет, поступил в клинику с жалобами на опоясывающие боли в области грудной клетки. Болен в течение недели, когда повысилась температура на до 37,6° С, имелись катаральные явления. Последние 2 дня - корешковые боли, затем, в день поступления в больницу, стало трудно ходить из-за слабости в ногах, затруднение при мочеиспускании. Объективно: нижний спастический парапарез. Проводниковое нарушение всех видов чувствительности от уровня Th<sub>3</sub> с обеих сторон. Нарушение функции тазовых органов. Ликвор: лимфоцитарный плеоцитоз 20-30 клеток, белок - 0,6%.

1. Установите диагноз. 2. Назначьте лечение.

**Задача №15.** Больной, 45 лет, предъявляет жалобы на резкую головную боль, светобоязнь, тошноту, рвоту. Доставлен в приемное отделение больницы с улицы, где он упал, ударился головой, терял сознание. Объективно: больной беспокоен, многоречив, не ориентируется во времени. Легкая ригидность мышц затылка, скуловой симптом Бехтерева. Симптом Кернига с обеих сторон. Глазное дно - изменений нет. Рентгенограмма черепа: кости черепа не повреждены. Поясничная пункция: спинномозговая жидкость кровянистая, вытекает под повышенным давлением.

1. Установите диагноз. 2. Назначьте лечение.

**Задача 16.** Больной Н., 6 лет, заболел 5 дней назад, когда внезапно повысилась температура до 39°С, появилось сильное недомогание, общая слабость, боль в горле, кашель, насморк, через 2 дня началась сильная головная боль, рвота, боли в спине. На 4-й день заболевания развилась слабость в нижних конечностях. Объективно: нижний вялый парапарез, больше выраженный в проксимальных отделах. Периферический парез лицевого нерва слева. Чувствительность не изменена. Ликвор: лимфоцитарный плеоцитоз.

1. Установите диагноз. 2. Назначьте лечение.

**Задача 17.** Больной, 21 года, поступил с жалобами на сильные головные боли, рвоту, двоение в глазах. Из анамнеза известно, что заболел 10 дней назад, когда почувствовал недомога-

ние, общую слабость, небольшую головную боль. Отмечалась субфебрильная температура. Головная боль на протяжении недели выросла до нестерпимой, появилось двоение в глазах, рвота. Объективно: ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского, анизокория, шире левый зрачок, птоз слева, расходящееся косоглазие (отсутствует движение левого глазного яблока кнутри) В ликворе - лимфоцитарный плеоцитоз, понижено содержание сахара, при отстаивании ликвора образовалась пленка.

1. Установите диагноз. 2. Назначьте лечение.

**Задача 18.** Больной, 20 лет, поступил в приемное отделение больницы через 2 часа после падения на улице, в момент чего он получил травму головы. Была кратковременная потеря сознания. При осмотре жалуется на головную боль, головокружение, рвоту. Объективно: менингеальных и очаговых симптомов нет. Нистагм. Бледность кожных покровов, акрогипергидроз.

1. Установите диагноз. 2. Назначьте лечение.