

МИНОБРАЗОВАНИЯ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Тульский государственный университет»
Медицинский институт
Кафедра «Пропедевтики внутренних болезней»

Утверждено на заседании кафедры
«Пропедевтики внутренних болезней»
«22» января 2024 г., протокол №6

И.о. заведующего кафедрой

Ю.Л.Веневцева

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

«Дерматовенерология»

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

по специальности подготовки
31.08.32 Дерматовенерология

Идентификационный номер образовательной программы: 310832-01-24

Тула 2024 год

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ
фонда оценочных средств (оценочных материалов)

Разработчики:

Руднева Г.С., доцент каф.ПВБ, к.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 (модулю)

1 семестр

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-2

Контрольные вопросы:

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
6. Жалобы пациентов с синдромом поражения поперечника спинного мозга
7. Жалобы пациентов с менингеальным синдромом
8. Жалобы пациентов с гипертензионным синдромом
9. Жалобы пациентов с пирамидным синдромом
10. Жалобы пациентов с экстрапирамидным синдромом
11. Синдромы поражения пирамидной системы
12. Синдромы поражения экстрапирамидной системы
13. Синдромы поражения систем миостаза
14. Синдромы поражения сенсорных систем
15. Синдромы поражения зрительного анализатора
16. Синдромы поражения вестибулярного анализатора
17. Синдромы поражения слухового анализатора
18. Синдромы поражения обонятельного анализатора

19. Синдромы поражения вкусового анализатора
20. Синдромы нарушения памяти
21. Организация диспансерного наблюдения после ишемического инсульта.

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-5

1. Диагностические принципы и возможности электрофизиологических методик
2. Диагностические принципы и возможности ультразвуковых методик
3. Диагностические принципы и возможности нейровизуализационных методик
4. Диагностические принципы и возможности нейропсихологических методик
5. Диагностические принципы и возможности офтальмоневрологического обследования
6. Диагностические принципы и возможности отоневрологического обследования
7. Принципы медико-генетического консультирования
8. Принципы и методы лабораторной генетической диагностики
9. Принципы и методы полимеразной цепной реакции в генетических исследованиях
10. Принципы и методы ликворологической диагностики

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-6

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

Примеры клинических задач.

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 разгибателе 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 полупояса. 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. Определить 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.

Задача 5. 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, бе-

зинициативность, снижение критики к окружающему и своему состоянию. Непровольное 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?

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-8

1. Определение показаний к направлению на МСЭК по поводу дисциркуляторной энцефалопатии.
3. Показания для направления на МСЭК постинсультных пациентов.
3. Принципы направления на МСЭК пациентов с вертеброгенными заболеваниями.
4. Принципы определения временной нетрудоспособности пациентов с поражением периферической нервной системы.
5. Необходимые исследования для направления на МСЭК пациентов с миастенией.
6. Принципы реабилитации при дисциркуляторной энцефалопатии.
7. Принципы нейрореабилитации – SMART (СИДОРОВ).
8. Этапы медицинской реабилитации.
9. Понятие кинезиотерапии.
10. Организация нейрореабилитации на стационарном этапе.

2 семестр

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-2

1. Принципы профилактики неврозов.
2. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в молодом возрасте.
3. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в среднем и пожилом возрасте.
4. Профилактика когнитивных нарушений у лиц пожилого и старческого возраста.
5. Принципы диспансеризации пациентов с рассеянным склерозом.
6. Принципы диспансеризации пациентов с болезнью Альцгеймера.
7. Диспансеризация пациентов с болезнью Паркинсона.
8. Диспансеризация пациентов с БАС.

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-5

Задача 1. У 27-летней женщины в течение предшествующих 2-х лет наблюдались своеобразные пароксизмы, напоминающие приступы головокружения. Она могла внезапно резко упасть, не теряя при этом сознания. Эти приступы участились и возникали преимущественно при вставании из положения сидя. Они не снижали ее работоспособность. Головные боли наблюдались редко. Иногда по утрам отмечалась рвота. Периодически возникал шум в ушах. Физикальное обследование и исследование ликвора патологии не выявляло. При неврологическом обследовании обнаружено фиксированное положение головы. Зрачки не реагировали на свет. Обнаружена атрофия правого зрительного нерва и легкая проминенция соска левого зрительного нерва. Сухожильные рефлексы с рук справа были несколько оживлены по сравнению с левой стороной. Наблюдался билатеральный интенционный тремор и легкая атаксия, более выраженная справа. В пальцах правой кисти была снижено чувство положения. Слева вызывался положительный симптом Бабинского. Выявлено снижение чувства положения в пальцах стоп и тенденция к падению назад в позе Ромберга. Со стороны психической сферы отмечалась вялость, медлительность и легкая сонливость. Рентгенография выявила кальцификаты в области шишковидной железы. Через 3 месяца она умерла во время эпилептического приступа.

1. Какую роль при постановке диагноза играют данные рентгенологического обследования?

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 пра-

вого 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 вблизи устья. КТ - очаг пониженной плотности.

1. Установите диагноз. 2. Интерпретируйте данные параклинических методов исследования. 3. Назначьте лечение.

Задача №3. Больная 26 лет доставлена скорой помощью с улицы. Со слов больной, поскользнулась на улице, ударила 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 №4. Доставлен мужчина 40 лет, попал в автомобильную катастрофу 2 часа назад. Объективно общее состояние тяжёлое. Пульс – 60 уд в мин, ритмичный. АД 150/90 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?

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-6

1. Оказание неотложной специализированной помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения.
2. Оказание неотложной помощи при миастеническом кризе.

3. Оказание неотложной помощи при отеке мозга.
4. Оказание неотложной помощи при спинальной травме.
5. Оказание неотложной помощи при слабости дыхательной мускулатуры

Задача №1. 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 №2. 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 мм рт.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.

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

Задача №3. 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 ре-

флексии 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 (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-8

1. Принципы использования физиотерапии в нейрореабилитации.
2. Принципы применения кинезиотерапии у пациентов после ОНМК.
3. Клинические противопоказания для проведения физической реабилитации.
4. Принципы лечения положением при ОНМК.
5. Реабилитация пациентов на санаторном этапе.
6. Принципы эрготерапии.
7. Принципы лечения обогащенной сенсорной средой.
8. Принципы вертикализации пациента (показания, противопоказания, подготовка)
9. Принципы коррекции психоэмоционального статуса пациентов неврологического профиля.

3 семестр

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-2

1. Деонтологические принципы общения с родственниками пациента с ишемическим инсультом.
2. Деонтологические принципы общения с родственниками пациента с эпилепсией.
3. Деонтологические принципы общения врача с родственниками пациента с миопатией.
4. Деонтологические принципы общения врача с родственниками пациента с БАС.
5. Деонтологические принципы общения врача с родственниками пациента с болезнью Альцгеймера.

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-5

1. Укажите методы, применяемые для исследования функции мозжечка:

1). объем движений, 2) сила мышц, 3) исследование походки, 4) поза и проба Ромберга; 5) письма, 6) чтение, 7) тонуса мышц, 8) речи; 9) пальце-носовая проба, колено-пяточная проба, 10) патологические стопные рефлексы, 11) диадохокинез.

2. Какие инструментальные методы диагностики можно применять у детей в 10–15 лет?

Варианты ответа:

- а) эхоэнцефалоскопию;
- б) нейросонографию;
- в) кранио- и спондилографию;
- г) компьютерные томографические исследования: компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ).

3. Укажите, при каком менингите наблюдается понижение уровня глюкозы в ликворе?

Варианты ответа:

- а) менингококковый;
- б) вторичный гнойный;
- в) туберкулезный;
- г) первичный серозный.

4. Какие показатели исследования ликвора характерны для туберкулезного менингита?

Варианты ответа:

- а) образование пленки после отстаивания ликвора;
- б) лимфоцитарный плеоцитоз;
- в) умеренное повышение белка;
- г) образование сгустков;
- д) мутный, молочный цвет;
- е) повышение давления ликвора;
- ж) полинуклеарный цитоз;
- з) опалесцирующий;
- и) умеренное снижение глюкозы.

5. Какие показатели исследования ликвора характерны для менингококкового менингита?

Варианты ответа:

- а) образование пленки после отстаивания;
- б) повышение давления ликвора;
- в) полинуклеарный цитоз;

- г) образование гнойных сгустков;
- д) значительное увеличение белка;
- е) лимфоцитоз;
- ж) мутный, молочный цвет;
- з) опалесцирующий;
- и) снижение уровня глюкозы.

6. Какие исследования могут подтвердить предположение о характере нарушения мозгового кровообращения?

Варианты ответа:

- а) люмбальная пункция;
- б) КТ, МРТ головного мозга;
- в) коагулограмма;
- г) электроэнцефалограмма (ЭЭГ).

7. Какие симптомы могут указывать на прорыв крови в желудочковую систему при паренхиматозных кровоизлияниях?

Варианты ответа:

- а) повышение температуры тела до 40–41 °С;
- б) снижение уровня сознания;
- в) лейкоцитоз со сдвигом влево в периферической крови;
- г) горметония.

8. Какие данные исследования характерны для внутримозгового кровоизлияния?

Варианты ответа:

- а) кровянистая или ксантохромная спинномозговая жидкость;
- б) смещение М-эхо более 2 мм при Эхо-ЭГ;
- в) лейкоцитоз свыше 10 тыс. со сдвигом влево;
- г) грубые диффузные нарушения на ЭЭГ;
- д) незаполнение сосудистой сети в бассейне сосуда без его смещения при ангиографии;
- е) очаги повышенной плотности в головном мозге по данным КТ;
- ж) кровоизлияния на глазном дне при офтальмоскопии

Задача №1. 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? Их результаты?

в) Каков предположительный диагноз?

Задача №2. 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? Их результаты?

Задача №3. 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 №4. 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.

1. Поставьте диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза? Их результаты?

Задача №5. 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?

Их результаты?

Задача 6. 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 голеней и стоп. Последние 5—6 лет стала отмечать слабость в кистях. В неврологическом статусе — гипотрофия мышц кистей, стоп, предплечий и голеней. Стопы свисают. При ходьбе выражен шагпаж. Сухожильные рефлексы с рук и коленные снижены, ахилловы отсутствуют. Гипестезия рук и ног по дистальному типу в виде «перчаток» и «носков». Снижено мышечно-суставное чувство в пальцах стоп.

Вопросы:

а) Каков клинический диагноз?

б) Какие дополнительные исследования целесообразно провести больной?

в) Их результаты?

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-6

Задача №1. Пациентка 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 №2. Пациентка 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 №3. Пациентка 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?

Примеры тестовых заданий

1. Укажите основные лечебные мероприятия при менингококковом менингите.

- а) противовирусная терапия;
- б) антибиотикотерапия;
- в) сульфаниламидная терапия;
- г) витаминотерапия;
- д) дезинтоксикационная терапия;
- е) дегидратационная терапия;
- ж) устранение метаболического ацидоза;
- з) устранение нарушений водно-электролитного баланса;
- и) симптоматическая терапия (купирование психомоторного возбуждения, гипертермии).

2. Укажите основные лечебные мероприятия при остром лимфоцитарном хориоменингите:

- а) назначение противовирусных препаратов;
- б) антибиотикотерапия;
- в) десенсибилизирующая терапия;
- г) витаминотерапия;
- д) дегидратационная терапия;
- е) симптоматическая терапия.

3. Перечислите способы лечения в остром периоде клещевого энцефалита.

- а) антибиотики и сульфаниламиды;
- б) рибонуклеаза;
- в) витаминотерапия;
- г) кортикостероиды;
- д) диуретики;
- е) гетерологичный и гомологичный гамма-глобулин.

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-8

1. Принципы реабилитации при болях в нижней части спины.
2. Принципы реабилитации пациентов с рассеянным склерозом.
3. Принципы реабилитации при ДЦП.
4. Принципы нейрореабилитации при полинейропатии.
5. Принципы реабилитации после ОНМК.

Задача 1. Женщина 30 лет, обратилась к врачу с жалобами на приступообразные пульсирующие боли в правой половине головы, возникающие после переутомлений и эмоционального напряжения. Страдает головными болями с 13 лет. Подобными головными болями страдают мать и две родные тети. Боли иррадиируют в правый глаз и верхнюю челюсть. На высоте головной боли, отмечается тошнота иногда рвота. Приступ длится несколько часов. Проходит после длительного сна или инъекций анальгетиков. В неврологическом статусе очаговой неврологической патологии не выявлено, кроме выраженных вегетативных признаков (асимметрия А. Д., стойкий красный дермографизм и др.

Вопросы:

- а) Ваш диагноз?
- б) Как будете лечить больную?

Ответ:

а — обыкновенная мигрень;

б — общеоздоровительные мероприятия, препараты спорыньи (эрготамин, дигидроэрготамин и др.), седативные, спазмолитики, анальгетики, физиотерапия.

Задача 2. Женщина, 23 лет, обратилась к врачу с жалобами на головные боли давящего, распирающего характера, сердцебиение, потливость, иногда одышку, колебания АД, возникающие после волнений и переутомлений.

В анамнезе: хронический тонзиллит, частые простудные заболевания. При осмотре больная правильного телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные. АД справа — 110/60, АД слева 90/50 мм рт. ст. Пульс 96 ударов в минуту. Стойкий розовый дермографизм, гипергидроз ладоней и стоп. Другой очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Вопросы:

- а) Каков Ваш диагноз (предварительный)?
- б) В каком направлении надо обследовать больную для уточнения диагноза?
- в) Как будете лечить больную?

Ответ:

а — вегетативно-сосудистая дистония;

б — анализы крови, мочи, рентгеноскопия органов грудной клетки, ЭКГ, консультация ЛОР-врача.

в — седатативные и вегетотропные препараты, средства аденолитического и холинолитического действия, физиотерапия

4 семестр

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-2

1. Принципы оказания специализированной неврологической помощи в России.
2. Система организации оказания неотложной специализированной неврологической помощи в Тульской области.
3. Правила направления пациентов для получения высокотехнологичной медицинской помощи в учреждениях г.Москвы.
4. Оказание специализированной неврологической помощи пациентам, не имеющим полиса ОМС.
5. Перечислите методики функциональной диагностики, использующиеся при динамическом контроле пациентов, перенесших инсульт.
6. Клиническая информативность стабилотрии при проведении диспансеризации пациентов с рассеянным склерозом.
7. Клиническая информативность ЭМГ при диспансеризации пациентов с миопатией.
8. Клиническая информативность вызванных потенциалов при диспансеризации неврологических пациентов.
9. Клиническая информативность ЭЭГ при диспансеризации пациентов с эпилепсией.

Примеры тестовых заданий

1. К основным методам профилактики инсульта относят:
 1. Контроль за уровнем АД;
 2. Контроль за массой тела;
 3. Рациональный режим работы и отдыха;
 4. Овладение приемами снятия нервно-психического напряжения.

2. Назовите основные принципы сохранения когнитивных функций в пожилом возрасте:
 1. Ежедневная умственная работа, приносящая удовлетворение (шахматы, кроссворды, чтение художественной литературы);
 2. Полный отдых;
 3. Значительная физическая нагрузка;
 4. Умеренная физическая нагрузка.

3. В целях профилактики синдрома вегетативной дисфункции у лиц молодого возраста необходимо:
 1. Обеспечить достаточный ночной сон;
 2. Обеспечить питание в соответствии с рекомендуемыми нормами калорийности;
 3. Заниматься физкультурой не менее 1 часа в день;
 4. Ограничить компьютерные игры.

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-5

1. Дифференциальная диагностика синкопальных состояний.
2. Дифференциальная диагностика острых коматозных состояний.
3. Дифференциальная диагностика острых инфекционных процессов с неврологической симптоматикой.
4. Дифференциальная диагностика острых болевых синдромов.
5. Дифференциальная диагностика острого синдрома полинейропатии.
 1. Синдром поражения пирамидной системы
 2. Синдром поражения экстрапирамидной системы
 3. Синдром поражения систем миостаза
 4. Синдром поражения сенсорных систем
 5. Синдром поражения зрительного анализатора
 6. Синдром поражения вестибулярного анализатора
 7. Синдром поражения слухового анализатора
 8. Синдром поражения обонятельного анализатора
 9. Синдром поражения вкусового анализатора
 10. Синдром нарушения памяти

Примеры тесовых заданий.

1. Укажите, какие из перечисленных симптомов характерны для общего церебрального сосудистого криза?

1) Головная боль. 2) Головокружение. 3) Шум в голове. 4) Монопарез. 5) Тошнота или рвота. 6) Кратковременное расстройство сознания. 7) Афатические расстройства.

2. Выберите из перечисленных симптомов признаки поражения внутренней капсулы: 1) гемиплегия, 2) гемианестезия, 3) моноплегия.

3. Выберите из перечисленных симптомов признаки поражения периферического двигательного нейрона: 1) спастический тонус, 2) гипотония мышц, 3) снижение сухожильных рефлексов, 4) гипотрофия мышц, 5) "биоэлектрическое молчание" на ЭМГ, 6) реакция перерождения мышц при исследовании электровозбудимости

4. Укажите, какие патологические пирамидные рефлексы могут появляться на верхней конечности? 1) Р. Бабинского, 2) Р. Оппенгейма, 3) Р. Россолимо, 4) Р. Якобсона - Ляска, 5) Р. Шеффера.

5. Какие симптомы характерны для гематомии поясничного отдела спинного мозга?

- а) менингеальные симптомы;
- б) мышечная гипотония;
- в) нарушение функции тазовых органов;
- г) тетраплегия;
- д) проводниковый тип расстройств чувствительности;
- е) расстройства чувствительности по невральному типу;
- ж) сегментарный тип расстройств чувствительности;
- з) нижний парапарез.

6. Укажите, при каких видах травмы спинного мозга возможны стойкие парезы конечностей.

а) контузии спинного мозга; б) гематомии; в) сотрясения спинного мозга; г) эпидуральные гематомы.

7. Какая опухоль обладает экспансивным ростом?

а) олигодендроглиома; б) глиобластома; в) менингеома; г) невринома.

8. Какая опухоль является наиболее злокачественной?

а) астроцитомы; б) менингеома; в) невринома; г) медуллобластома.

9. Какие симптомы характерны для гепатоцеребральной дистрофии? 1) Пластическая ригидность. 2) Гиперкинезы. 3) Гемиплегия. 4) Снижение интел-

лекта. 5) Кольцо Кайзера-Флейшера. 6) Сегментарные расстройства чувствительности. 7) Тонические судороги. 8) Расстройства глотания.

10. Какие симптомы характерны для дрожательного паралича?

1) Пластическая ригидность. 2) Спастический тонус. 3) Амимия. 4) Пропульсии. 5) Тремор покоя. 6) Интенционный тремор. 7) Ахейрокинез. 8) Брадикинезия. 9) Шаркающая походка.

11. Какие симптомы характерны для прогрессирующей мышечной дистрофии? 1) Снижение тонуса мышц. 2) Фасцикулярные подергивания. 3) «Утинная походка». 4) Снижение интеллекта. 5) Снижение сухожильных рефлексов. 6) Креатинурия.

12. Какие симптомы характерны для невральной амиотрофии? 1) Атрофия мышц стоп и кистей рук. 2) Боли по ходу нервов. 3) Проводниковые расстройства чувствительности. 4) Синюшность, мраморная окраска конечностей. 5) Гипергидроз. 6) Фасцикулярные подергивания мышц. 7) Повышение мышечного тонуса по спастическому типу.

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-6

Задача №1. Пациент 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 мелкоразмашистый тремор рук при произвольных движениях. Сухожильные рефлексy 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 №2. Больная, 25 лет. Стала замечать, что стопы «пришлѣпывают» при ходьбе. Появилась зябкость рук и ног. Затем обнаружила похудание мышц стоп, в дальнейшем мышц голеней. Через полгода присоединилось похудание мышц кистей рук и ограничение движений в пальцах. Объективно: кожа кистей рук и стоп мраморной окраски, холодная, на ощупь влажная, атрофия мышц стоп, голеней, дистальных отделов бедер и кистей рук. Рефлексy на руках снижены, на ногах: коленные рефлексy снижены, ахилловы рефлексy не вызываются. Гипестезия дистальных отделов конечностей. На ЭМГ - из-

менения, указывающие на поражение периферического двигательного нейрона.

1. Установите диагноз. 2. Назначьте лечение.

Задача № 3. 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 высовывании 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 № 4. Женщина 70 лет доставлена в стационар 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 № 5. Женщина 40 лет доставлена в стационар 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?

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-8

Примеры клинических задач.

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

Задания:

- 1) Поставьте топический диагноз.
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз
- 3) Требуется ли госпитализация?
- 4) Какие обследования необходимо провести в стационаре?
- 5) Тактика лечения?
- 6) Принципы вторичной профилактики инсульта и профилактики инвалидизации?
- 7) Требуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

Задача 2 . 55-тилетний мужчина страдает гипертонической болезнью. Регулярно принимает препарат из группы ингибиторов АПФ (каптоприл 25 мг в сутки). Получил телеграмму о смерти близкого родственника, и почувствовал себя плохо: появилось, головокружение, головная боль, повторная рвота. Вызвал участкового врача. При осмотре: сознание сохранено, очаговых симптомов поражения нервной системы нет. Артериальное давление 210/130 мм. рт. ст., пульс 96 ударов в минуту.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз
- 2) Требуется ли госпитализация?
- 3) Нужна ли коррекция терапии? Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 4) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 5) Требуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

Задача 3.

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

Задание:

- 1) Поставьте синдромальный диагноз?
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 3) Требуется ли госпитализация?
- 4) Какие обследования необходимо провести?
- 5) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 6) Составьте план профилактических мероприятий.
- 7) Требуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

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

Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Предположительный клинический диагноз?
- 3) Требуется ли экстренная госпитализация?
- 4) Возможные осложнения и исходы заболевания?
- 5) План обследования
- 6) Лечение?
- 7) План реабилитационных мероприятий.
- 8) Может ли потребоваться экспертиза трудоспособности?
- 9) Рекомендации после восстановления?

Задача 5. Больной 49 лет, работающий грузчиком, во время подъема каменной столешницы внезапно почувствовал резкую слабость и жгучие боли в ногах, возникло нарушение мочеиспускания. Напарник привез его в поликлинику, на осмотр к дежурному врачу. При осмотре: периферический асимметричный нижний парапарез до 3 баллов, гипестезия в области промежности и по внутренней поверхности бедер.

Задания:

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Требуется ли экстренная госпитализация?
- 3) Какие обследования целесообразно провести?
- 4) Тактика лечения?
- 5) Предложите режим разрешенной двигательной активности.
- 6) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 7) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 8) Возможные исходы заболевания?

Задача 6. У мужчины 26 лет на следующий день после первой в сезоне лыжной прогулки (18км), возникла боль в пояснице, сохраняющаяся в течение трех дней. При осмотре выявляется напряжение мышц спины, поясничной области, ограничение подвижности в поясничном отделе. Других нарушений при осмотре не выявлено.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный диагноз.
- 2) Предложите наиболее целесообразные методы терапии.
- 3) Нужны ли дополнительные методы обследования (какие и для чего)?
- 4) Предложите режим разрешенной двигательной активности.
- 5) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 6) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 7) Возможные исходы заболевания?

Задача 7. Мужчина 47 лет начал замечать появление пританцовывающих насильственных движений при ходьбе. К врачу обратился через 6 месяцев по настоянию родственников. Объективно при осмотре врачом общего профиля было выявлено: крупноамплитудные, быстрые, хаотические насильственные движения в конечностях, произвольные движения в мимической мускулатуре, языке, обращает на себя внимание снижение интеллекта, конфликтность в поведении. Со слов жены известно, что отец больного страдал подобным заболеванием.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?
- 3) Нужна ли госпитализация?
- 4) Какие методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?
- 5) Принципы терапии?
- 6) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 7) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 8) Возможные исходы заболевания?
- 9) Медико-генетический прогноз для сына 23-х и дочери 17-ти лет?

Задача 8. Мужчина 60 лет обратился в поликлинику с жалобами на мелко-размашистое дрожание правых конечностей в покое, общую скованность, замедленность движений, склонность к запорам. Из анамнеза известно, что около года назад исподволь появилось дрожание правой руки, затем через несколько месяцев заметил дрожание правой ноги. При осмотре врачом общего профиля было выявлено: гипомимия, гипокинезия, речь замедленная, монотонная, микрография, тонус мышц повышен по типу «зубчатого колеса», тремор правой кисти по типу «счета монет», уменьшающийся при целенаправленных движениях, отсутствие содружественного движения рук при ходьбе (ахейрокинез), поза полусогнутая с наклоном туловища вперед, шаркающая ходьба. Отец пациента имел схожие симптомы.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?
- 3) Нужна ли госпитализация?
- 4) Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?
- 5) Принципы терапии?
- 6) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 7) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 8) Возможные исходы заболевания?

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

1 семестр

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-2

1. Принципы организации диспансерного наблюдения в РФ.
2. Объем ежегодной диспансеризации взрослого населения.
3. Принципы экспертизы временной нетрудоспособности при неврологических заболеваниях.
4. Роль врача-невролога при проведении ежегодной диспансеризации.
5. Порядок направления пациентов на МСЭК.
6. Показания для направления на МСЭК после ОНМК.
7. Показания для направления на МСЭК после воспалительных заболеваний нервной системы.
8. Принципы диспансеризации пациентов после ЧМТ.

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-5

Примеры тестовых заданий.

1. Укажите, где перекрещиваются проводящие пути глубокой чувствительности.

- а) продолговатый мозг;
- б) Варолиев мост;
- в) передняя серая спайка спинного мозга.

2. У больного вялый парез ноги сопровождается гипотрофией мышц бедра и голени, фибрилляциями. Где развивается патологический процесс?

Варианты ответа:

- а) бедренный и седалищный нервы;
- б) спинальные корешки;
- в) пояснично-крестцовое сплетение;
- г) передние рога поясничного утолщения

3. У пациента патологические стопные рефлексы. Что поражено?

Варианты ответа:

- а) периферические нервы ноги;
- б) крестцовое сплетение;
- в) пирамидный путь;
- г) передние рога спинного мозга S_1-S_2 сегментов.

4. У пациента после автомобильной катастрофы возникло двоение при взгляде прямо. При осмотре правое веко опущено, глазное яблоко отведено кнаружи, мидриаз. Укажите локализацию поражения.

Варианты ответа:

- а) блоковый нерв;
- б) 6-я пара черепных нервов;
- в) ядро отводящего нерва.
- г) глазодвигательный нерв.

5. У пациента правая половина языка атрофирована, при высовывании язык отклоняется вправо, правая половина мягкого неба свисает, правая голосовая связка парализована. Глоточный рефлекс отсутствует. Речь смазанная, гнусавая; при глотании поперхивается. Укажите, какой синдром у больного и какие структуры поражены?

Варианты ответа:

- а) псевдобульбарный синдром;
- б) бульбарный синдром;
- в) двигательные ядра 9, 10, 12-й пары черепных нервов;
- г) кортиконуклеарные пути 9, 10, 12-й черепных нервов.

6. У пациента наблюдается дизартрия, при высовывании язык отклоняется вправо, внешне язык не изменен, атрофий и фасцикуляций в мышцах языка нет. Укажите, какой парез мышц языка, какие структуры пострадали?

Варианты ответа:

- а) периферический парез;
- б) центральный парез;
- в) кортиконуклеарный путь 12-й пары черепных нервов;
- г) двигательное ядро 12-й пары черепных нервов.

7. У пациента опущено правое плечо, затруднен поворот головы влево, грудиноключично-сосцевидная и трапецевидная мышцы справа атрофированы. Где локализуется очаг?

Варианты ответа:

- а) задние рога сегментов C_1-C_5 ;
- б) подъязычный нерв справа;
- в) передние корешки C_1-C_5 справа;
- г) добавочный нерв справа.

8. У больного «свисающая» голова, затруднены ее повороты. Установлена атрофия трапецевидных и грудиноключично-сосцевидных мышц. Определить очаг повреждения.

Варианты ответа:

- а) плечевое сплетение;
- б) передние рога C_1-C_5 ;
- в) передние рога C_8-Th_2 ;
- г) шейное сплетение;
- д) большой грудной нерв.

9. У пациента клонические судороги левой ноги, начинающиеся со стопы. В последнее время присоединился спастический парез левой ноги, преимущественно, в дистальных отделах. Укажите локализацию процесса.

Варианты ответа:

- а) верхняя часть передней центральной извилины правого полушария;
- б) нижняя часть передней центральной извилины левого полушария;
- в) верхняя часть передней центральной извилины левого полушария;
- г) зрительный бугор справа;
- д) внутренняя капсула.

10. У больного наблюдаются галлюцинации, которые начинаются с появления перед глазами звезд, искр, пламени. Укажите локализацию поражения.

Варианты ответа:

- а) лобная доля;
- б) височная доля;
- в) теменная доля;
- г) затылочная доля;
- д) роляндова область.

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-6

Задача №1. 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 № 2. 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 высывании 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 №3. 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. Спинномозговая

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 №4. 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 №5. 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 №6. 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?

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-8

Задача 1. Студентка 22 лет предъявляет жалобы на головные боли, метеочувствительность, снижение работоспособности, быструю утомляемость во время умственной работы. В летнее время работала медсестрой с частыми ночными дежурствами. В университет ездит на машине. ЧМТ отрицает. При объективном исследовании: ЧСС 82 в мин, АД 90/60 мм рт.ст., красный дермографизм, потливость ладоней. В позе Ромберга – тремор век.

1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте дополнительные обследования. 3. Лечение и профилактика.

Задача 2. Пациент 72 лет перенес транзиторную ишемическую атаку. Опишите меры вторичной профилактики ишемического инсульта.

Задача 3. Пациент 65 лет с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника.

Опишите вторичную профилактику.

Задача 4. Пациент 30 лет, в течение 15 лет занимался боксом. Жалуется на астенизацию, головные боли.

Назначьте лечение. Ваши советы по образу жизни.

Задача 5. Пациентка 22 лет, студентка. Жалуется на нарушение сна в период сессии.

Назначьте лечение. Ваши советы по профилактике.

2 семестр

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-2

1. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при неврологических заболеваниях при проходящих нарушениях мозгового кровообращения
2. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при последствиях ЧМТ
3. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при остеохондрозе позвоночника
4. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при мигрени
5. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при инсульте
6. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при эпилепсии.
7. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при ДЦП
8. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при полиомиелите
9. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при паркинсонизме
10. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при хорее Гентингтона
11. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при рассеянном склерозе
12. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при миастении
13. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при спастической параплегии Штрюмпелля
14. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при вибрационной болезни

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-5

Задача №1. 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?

Задача №2. 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 №3. 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 №4. 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. Поясничный прокол: спинномозговая жидкость кровянистая, вытекает под повышенным давлением.

1. Установите диагноз. 2. Назначьте лечение.

Задача №5. Мужчина 24х лет доставлен из ночного клуба в приемное отделение больницы после генерализованного судорожного припадка. При осмотре: множественные следы /свежие и старые/ от в/в инъекций на руках и ногах, кома 1 ст., ЧСС – 120 в 1 мин., АД=160/100 мм Нг, t=38,0С. Двухсторонний мидриаз. Левосторонняя гемиплегия, глубокие рефлексy S>d, симптом Бабинского с 2х сторон, ригидность мышц шеи, 2х сторонний симптом Кернига. При люмбальной пункции: давление ликвора 300 мм водного столба, равномерно окрашен кровью во всех порциях.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Нужны ли дополнительные обследования?
- 3) Назначьте лечение.

Задача №6. Мужчина 44 лет получил удар по голове тяжелым предметом, кратковременно утратил сознание. Придя в сознание, жалуется на сильную головную боль и тошноту, была однократная рвота, обстоятельства травмы

не помнит. Был доставлен в стационар машиной скорой помощи. При осмотре: заторможен, сонлив, на вопросы отвечает только после повторения, команды выполняет правильно, но замедленно, сухожильные рефлексy справа повышены, отмечается симптом Бабинского справа. При эхоэнцефалоскопии установлено смещение срединных структур мозга слева направо на 7 мм. При рентгенографии черепа выявлена трещина левой теменной кости.

Задание:

- 1) Тип нарушения сознания?
- 2) Топический диагноз?
- 3) Дообследование?
- 4) Клинический диагноз?
- 5) Лечение?

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-6

1. Оказание неотложной специализированной помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения.
2. Оказание неотложной помощи при миастеническом кризе.
3. Оказание неотложной помощи при отеке мозга.
4. Оказание неотложной помощи при спинальной травме.
5. Оказание неотложной помощи при слабости дыхательной мускулатуры

Задача №1. 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 №2. 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 мм рт.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 рефлексy и мышечный тонус снижены в правых конечностях.

2. Неврологические синдромы?
6. Топический диагноз?
7. Предварительный клинический диагноз?
8. Дополнительные обследования и их предполагаемые результаты?
9. Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?

Задача №3. 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 рефлексy на руках не вызываются. Коленные и ахилловы рефлексy высокие S—D. Клонусы стоп. С. Бабинского с 2-х сторон. Брюшные рефлексy 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 (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-8

10. Принципы использования физиотерапии в нейрореабилитации.
11. Принципы применения кинезиотерапии у пациентов после ОНМК.
12. Клинические противопоказания для проведения физической реабилитации.
13. Принципы лечения положением при ОНМК.
14. Реабилитация пациентов на санаторном этапе.
15. Принципы эрготерапии.
16. Принципы лечения обогащенной сенсорной средой.
17. Принципы вертикализации пациента (показания, противопоказания, подготовка)
18. Принципы коррекции психоэмоционального статуса пациентов неврологического профиля.

3 семестр

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-2

1. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при опухолях головного мозга
- 2.. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при опухолях спинного мозга
3. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при травмах спинного мозга
4. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при травмах периферических нервов
5. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при арахноидите головного мозга.
6. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при сирингомиелии.
7. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при БАС
8. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при СПИД с неврологическими нарушениями
9. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при энцефалите
10. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при менингите
11. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при НЦД (ВСД)
12. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при миотонии
13. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при болезни Фридрейха

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-5**Примеры тестовых заданий**

1. Какие клинические признаки имеют диагностическую ценность при клещевом энцефалите?

Варианты ответа:

- а) сезонность заболевания (весна-лето);
- б) сонливость;
- в) острое начало заболевания;
- г) свисающая голова;
- д) верхний вялый парализ;
- е) гиперсаливация;
- ж) вестибулярные расстройства;
- з) наличие гиперкинезов;
- и) бульбарные расстройства.

2. Какие клинические признаки имеют диагностическую ценность при эпидемическом энцефалите?

Варианты ответа:

- а) сезонность заболевания (весна-лето);

- б) сонливость;
- в) глазодвигательные расстройства;
- г) гиперкинезы;
- д) пластический тонус мышц;
- е) гиперсаливация;
- ж) вестибулярные расстройств;
- з) периферические парезы верхних конечностей.

3. Укажите, какие клинические формы характерны для западного варианта клещевого энцефалита?

Варианты ответа:

- а) полиомиелитическая;
- б) летаргическая;
- в) менингоэнцефалитическая;
- г) менингеальная;
- д) полиоэнцефаломиелитическая;
- е) окулоцефалическая;
- ж) полирадикулоневритическая.

4. Какие клинические признаки характерны для постэнцефалитического паркинсонизма?

Варианты ответа:

- а) глазодвигательные расстройства;
- б) гемипарезы;
- в) обратный симптом Аргайль-Робертсона;
- г) вегетативные нарушения;
- д) признаки хронической цереброваскулярной недостаточности.

5. Укажите основные симптомы РС:

Варианты ответа:

- а) нижний спастический парапарез;
- б) нистагм;
- в) отсутствие брюшных рефлексов;
- г) скандированная речь;
- д) гипертонический гипокинетический синдром;
- е) интенционный тремор;
- ж) побледнение височных половин дисков зрительных нервов;
- з) периодическое недержание мочи, императивные позывы;
- и) полиневритический тип нарушения чувствительности.

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-6

Задача №1. Мужчина 59 лет, доставлен машиной скорой помощи с улицы, где внезапно упал, утратил сознание, возникли тонико-клонические судороги. При осмотре: лицо гиперемировано, на вопросы не отвечает, команды не выполняет, глаза открывает только на громкий звук или болевые раздражи-

тели, защитные реакции координированы, ригидность мышц затылка, симптом Кернига с обеих сторон.

Задание:

- 1) Определите тип нарушения сознания?
- 2) Какую помощь можно оказать на месте?
- 3) Действия врача скорой помощи?
- 4) Какое обследование необходимо провести?
- 5) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 6) Тактика лечения в стационаре?

Задача №2. Неизвестный мужчина, около 60 лет доставлен в стационар скорой помощью. Со слов очевидцев был обнаружен лежащим в сквере, где пролежал без движения около часа. При осмотре выявлена подкожная гематома левой височной области. Без сознания, на болевые раздражения не реагирует. Произвольной двигательной активности не определяется. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Сухожильные и периостальные рефлексы низкие, определяется мышечная гипотония. Зрачки узкие, фотореакции угнетены. Менингеальных симптомов нет. На рентгенограммах черепа травматических костных изменений не выявлено. Смещение М-эха 2 мм. При люмбальной пункции в первой порции получен ликвор с примесью крови, которая исчезла в последующих порциях. Содержание этанола в крови 4 промилле.

Задания:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Предложите тактику лечения.

Задача 3. В поликлинику поступил вызов на дом к мужчине 47 лет, страдающему артериальной гипертонией. Был осмотрен участковым терапевтом, выставлен диагноз «Гипертонический криз». Назначена консультация невролога. При осмотре неврологом было заподозрено субарахноидальное кровоизлияние, но больной категорически отказывался от госпитализации, говоря, что это обычный криз и всё обойдется. Только благодаря настойчивости невролога и заведующего поликлиникой больного уговорили лечь в больницу, где диагноз субарахноидального кровоизлияния был подтверждён, назначено соответствующее лечение, и после курса терапии больной был выписан практически здоровым.

С какими моральными представлениями была связана настойчивость врачей?

Задача 4. Старшая сестра отделения страдает демиелинизирующим заболеванием головного мозга. На фоне проводимой терапии удается добиться минимально прогрессирующих изменений, однако необратимые изменения уже

есть, и они ограничивают трудовой режим. Она продолжает работать в отделении, однако не справляется со своими обязанностями. Часть коллектива жалеет ее, часть считает, что она должна перейти на должность ниже или уволиться. Каждый день возникают конфликты на фоне несогласованности в работе персонала отделения. Врачи, оценивая конфликтную ситуацию, посоветовали ей покинуть пост. В условиях нехватки и отсутствия кадров заведующая отделением оставила женщину исполнять обязанности старшей сестры.

Какие мотивы определили решение заведующей отделением?

Задача 5. У врача-дерматолога коммерческой клиники на приёме побывал пациент 30 лет с жалобами на выпадение волос. Пациент прошёл курс химиотерапии по поводу заболевания внутренних органов и находился в растерянном-депрессивном состоянии, так как не был предупреждён о подобном побочном эффекте и, с его слов, «перспектива стать лысым в 30 лет» его не очень радует. Врач назначил пациенту дорогие космецевтические препараты (косметические препараты, влияющие на физиологические процессы кожи) для наружного применения известной торговой марки, которые продавались в этой же клинике (хотя знал заранее о бесполезности проводимой терапии) и, несмотря на состояние пациента, пообещал ему «превосходные» результаты.

Какие моральные аргументы лежали в основе поведения врача?

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-8

Задача №1. 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 рефлексy справа выше, чем слева. Брюшные рефлексy справа ниже, подошвенный рефлекс справа не вызывается. Правосторонняя гемипарестезия. 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 ++, ци-

тоз $\frac{1}{3}$, 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. План реабилитации?

Задача № 2. У больного, 15 лет, через несколько дней после вакцинации внезапно ослабели нижние конечности, возникла задержка мочеиспускания, при ходьбе стало пошатывать влево. При осмотре; горизонтальный нистагм, снижение силы в ногах с двух сторон, двусторонние патологические стопные рефлексы, отсутствие брюшных рефлексов, интенционный тремор и миоподпадание при выполнении координаторных проб слева. На МРТ головного мозга: справа большой неомогенный 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. 4) Реабилитация?

Задача №3. Больной 27 лет обратился с 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. Двусторонние 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 №4. 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 - застой-

ные диски зрительных нервов. Рентгенограмма височной кости по Стенверсу - расширение левого слухового прохода. В ликворе - белково-клеточная диссоциация.

1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте лечение.

Задача №5. 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 парапарез верхних конечностей и сегментарное нарушение чувствительности на уровне C_1-Th_2 с обеих сторон.

1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте лечение.

Задача №6. 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 №7. 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.

Где локализуется патологический процесс? Сформулируйте топический диагноз.

Все ли параклинические методы исследования использованы у пациента и какова их дополнительная ценность? Лечение?

4 семестр

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-2

- 1 Медико-социальная экспертиза и инвалидность при нарколепсии
2. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при гепатоцеребральной дистрофии (болезни Вильсона-Коновалова)
3. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при туннельных (компрессионных) нейропатиях)
4. 11. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при спинальных амиотрофиях
5. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при миодистрофиях (миопатиях)
6. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при полинейропатиях
7. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при дисциркуляторной энцефалопатии
8. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при геморрагическом спинальном инсульте
9. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при ишемическом спинальном инсульте
10. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при дисциркуляторной (ишемической) миелопатии
11. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при медленных вирусных инфекциях
12. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при гипоталамическом синдроме и нейроэндокринных заболеваниях
13. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при начальных проявлениях недостаточности мозгового кровообращения

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-5

Задача №1. Мужчина 59 лет, доставлен машиной скорой помощи с улицы, где внезапно упал, утратил сознание, возникли тонико-клонические судоро-

ги. При осмотре: лицо гиперемировано, на вопросы не отвечает, команды не выполняет, глаза открывает только на громкий звук или болевые раздражители, защитные реакции координированы, ригидность мышц затылка, симптом Кернига с обеих сторон.

Задание:

- 1) Определите тип нарушения сознания?
- 2) Какую помощь можно оказать на месте?
- 3) Действия врача скорой помощи?
- 4) Какое обследование необходимо провести?
- 5) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 6) Тактика лечения в стационаре?

Задача №2. Неизвестный мужчина, около 60 лет доставлен в стационар скорой помощью. Со слов очевидцев был обнаружен лежащим в сквере, где пролежал без движения около часа. При осмотре выявлена подкожная гематома левой височной области. Без сознания, на болевые раздражения не реагирует. Произвольной двигательной активности не определяется. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Сухожильные и периостальные рефлексы низкие, определяется мышечная гипотония. Зрачки узкие, фотореакции угнетены. Менингеальных симптомов нет. На рентгенограммах черепа травматических костных изменений не выявлено. Смещение М-эха 2 мм. При люмбальной пункции в первой порции получен ликвор с примесью крови, которая исчезла в последующих порциях. Содержание этанола в крови 4 промилле.

Задания:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Предложите тактику лечения.

Задача 3. На прием в платную неврологическую клинику приходит пациентка 20 лет с жалобами на головную боль, приступы которой участились во время подготовки к экзаменационной сессии. При клиническом обследовании никакой соматической и неврологической патологии не выявляется. Для получения максимальной прибыли врач настойчиво рекомендует больной пройти большое количество исследований, в том числе и не оправданных, хотя и безвредных для пациентки.

Какие интересы определяли рекомендации врача?

Задача 4. В клинику поступает знакомый или родственник высокопоставленного сотрудника администрации больницы. При этом на лечение данного больного направляется неоправданно много ресурсов отделения, вне очереди проводятся различные клинические методы обследования, отодвигая очередность обследований прочим больным. Предоставляются дорогостоящие вы-

сокоэффективные препараты, выделяемые отделению в ограниченных количествах, которые более необходимы для лечения других обычных пациентов.

Какими мотивами определяются подобные действия?

Задача 5. В приёмное отделение поступил больной 82 лет с ишемическим инсультом в первые 6 часов от начала заболевания. Состояние тяжелое, сопор глубокий. Согласно положению, такие больные нуждаются в оказании помощи в отделении реанимации. Но в госпитализации в реанимационное отделение дежурным реаниматологом было отказано. Своё решение он мотивировал тем, что пациент пожилой, прогноз заболевания плохой. При этом в любой момент может поступить молодой больной, у которого больше вероятность благоприятного исхода.

К какому типу этических теорий относится моральное сознание врача реаниматолога?

Задача 6. Врачи часто связаны с фирмами, производящими или распространяющими лекарства, по формуле т. н. «рецептурных подработок». Поэтому случается так, что доктор рекомендует больному из большого количества препаратов одной группы тот, за который получит от представителей фирмы материальное вознаграждение. При этом он превозносит достоинства именно этого лекарства (хотя, вроде бы и не обманывает, т. к. препарат эффективный) и не сообщает пациенту информацию о существовании других, возможно столь же эффективных, но более дешевых аналогов.

В какой этической парадигме действует врач?

Задача 7. В реанимационном отделении находился крайне тяжелый больной с инфарктом миокарда после реанимационных мероприятий по поводу фибрилляции желудочков сердца. Реанимационные мероприятия протекали длительно, в результате кора головного мозга по внешним признакам погибла. Больной постоянно находился на ИВЛ. При этом дальнейших перспектив у данного больного не было, тем не менее, на фоне вентиляции легких сохранялась нормальная сердечная деятельность. Аппарат для ИВЛ в отделении только один, поэтому при поступлении другого больного, требующего неотложной вентиляции легких, врач отключил этого безнадёжного пациента от ИВЛ.

Аргументами каких этических теорий можно объяснить действия врача?

Задача 8. 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 сла-

бость 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.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Задача 9.. 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.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какой тип наследования?

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-6

Задача 1. Больной 25 лет. В течение 2-х дней было недомогание с высокой температурой — 39°C. Затем появились резкие опоясывающие боли на уровне сосков. Одновременно с этим отметил слабость в ногах, какое-то покалывание в них, которое сменилось онемением. Слабость и онемение в ногах быстро нарастали.

При осмотре в неврологическом статусе — черепная иннервация без особенностей. Менингеальных явлений нет. Активных движений в ногах нет. Тонус мышц в ногах повышен по спастическому типу. Коленные и ахилловы рефлексы высокие S = D. Клонусы стоп. С. Бабинского, Россолимо на обеих ногах. Гипестезия всех видов чувствительности с D5 сегмента. Задержка мо-

чеиспускания и дефекации. R — грамма грудного отдела позвоночника без патологии. Анализ ликвора: жидкость бесцветная, прозрачная. Давление 270 мм H₂O. Белок — 0,6‰, цитоз — 210/3. Ан. крови — Нв — 64 ед.; L — 8000, СОЭ — 22 мм/час.

Вопросы:

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

Задача 2. Больной Н., 6 лет, заболел 5 дней назад, когда внезапно повысилась температура до 39°C, 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 паразез, больше выраженный в проксимальных отделах. Периферический парез лицевого нерва слева. Чувствительность не изменена. Ликвор: лимфоцитарный плеоцитоз.

1. Установите диагноз. 2. Назначьте лечение.

Задача 3. Больной, 21 года, поступил с жалобами на сильные головные боли, рвоту, двоение в глазах. Из анамнеза известно, что заболел 10 дней назад, когда почувствовал недомогание, 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 4. У солдата срочной службы остро развилось лихорадочное состояние, температура 39° С, рвота, потеря сознания. Врач выявил сниженное питание, астеническое телосложение, мелкоточечную сыпь в области ягодиц и подколенных ямок, пульс- 98 в мин., ритмичный. Неврологически: выраженная ригидность мышц шеи, симптом Кернига, верхний и нижний симптомы Брудзинского. Анализ ликвора: давление 300 мм водного столба, цвет мутный, белесоватый, цитоз 1500 в 1 мм³, преобладают нейтрофилы. При опросе солдат этой роты, выяснилось, что у одного из них постоянно был насморк с гнойным отделяемым.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 3) Предложите дополнительные методы обследования.

- 4) Предложите план лечения.
- 5) Предположите возможный источник заражения.
- 6) Предложите план необходимых санитарно-эпидемических мероприятий.
- 7) Возможные исходы заболевания?

Задача 5. Родители 9ти летнего ребенка вызвали врача на дом. Рассказали, что в течение 2,5 недель у сына была небольшая температура 37,2- 37,5, плохо себя чувствовал, болела голова, была однократная рвота. Сегодня с утра появилось двоение в глазах. За последний год похудел на 3 кг, часто жаловался на утомляемость, ухудшилась успеваемость в школе, появился частый кашель. Врач выявил: умеренно выраженный менингеальный синдром, легкое расходящееся косоглазие и легкий птоз справа. Мальчика срочно госпитализировали. Анализ ликвора: давление 400 мм водного столба, жидкость бесцветная, через 24 часа появилась неясная фибриновая сетка, белок 0,65 г/л, цитоз 200 в 1 мм³, преобладают лимфоциты, сахар 0,6 ммоль/л.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 3) Предложите дополнительные методы обследования.
- 4) Предложите план лечения.
- 5) Возможные исходы заболевания?

Задача 6. Сестра вызвала скорую помощь своему 30 летнему брату, так как у него развился эпилептический припадок. Из анамнеза известно, что пациент ВИЧ инфицирован. Пациента срочно госпитализировали. Во время осмотра пациент жалуется на сильную головную боль, сонлив, спутан, на вопросы отвечает не по существу. Объективно: сенсорная афазия Вернике, правосторонний гемипарез. В анализе ликвора: легкая ксантохромия, цитоз-300 в 1 мл, белок-2,0 г/л, давление 280 мм вод.ст. На МРТ-признаки поражения лобных и височных долей головного мозга (некроз, геморрагии, отек).

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 3) Дифференциальный диагноз с какими заболеваниями необходимо провести?
- 4) Предложите дополнительные методы обследования.
- 5) Предложите план лечения.
- 6) Возможные исходы заболевания?
- 7) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-8

Примеры клинических задач

Задача 1. Больной 49 лет, работающий грузчиком, во время подъема каменной столешницы внезапно почувствовал резкую слабость и жгучие боли в ногах, возникло нарушение мочеиспускания. Напарник привез его в поликлинику, на осмотр к дежурному врачу. При осмотре: периферический асимметричный нижний парапарез до 3 баллов, гипестезия в области промежности и по внутренней поверхности бедер.

Задания:

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Требуется ли экстренная госпитализация?
- 3) Какие обследования целесообразно провести?
- 4) Тактика лечения?
- 5) Предложите режим разрешенной двигательной активности.
- 6) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 7) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 8) Возможные исходы заболевания?

Задача 2. Женщина 28 лет, поднимая на руки своего трехлетнего сына, внезапно почувствовала сильную боль в пояснице. С трудом смогла разогнуться. В связи с сохранением боли, на следующий день обратилась к врачу. При осмотре: выпрямлен поясничный лордоз, напряжение длинных мышц спины, резкое ограничение подвижности в поясничном отделе. Тонус и сила в ногах не изменены. Глубокие рефлексы с ног живые, симметричные. Чувствительных нарушений не выявлено, симптом Лассега отрицателен с обеих сторон.

Задания:

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Какие рекомендации по лечению в домашних условиях вы можете дать?
- 3) Какие обследования вы бы рекомендовали провести?
- 4) Предложите режим разрешенной двигательной активности.
- 5) Показано ли санаторно-курортное лечение?

Задача 3. Больной 52 лет, находясь в деревне, во время физической нагрузки (занимался ремонтом дома) внезапно почувствовал резкую слабость в ногах, жгучие боли в ногах, больше по внутренней поверхности, отметил нарушение мочеиспускания. Для уменьшения боли принял парацетамол, однако состояние не изменилось. На следующий день обратился к врачу. При осмотре: Тонус в ногах снижен, асимметричный дистальный нижний парапарез, коленные рефлексy очень низкие, рефлексy с ахилловых сухожилий не вызываются, гипестезия в области промежности и по внутренней поверхности бедер.

Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Нужна ли госпитализация?

- 3) Обследование?
- 4) Тактика ведения (лечения) больного?
- 5) Предложите режим разрешенной двигательной активности.
- 6) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 7) Возможные исходы заболевания?

Задача 4. Женщина 87 лет со слов родственников вчера ушла из дома, оставив на плите кастрюлю с супом. Через несколько часов была найдена в соседнем дворе, была растеряна, не знала куда идти. Родственники рассказали врачу, что в течение последних нескольких лет стала апатична, неряшлива, вздорна, периодически не узнавала родственников, терялась в месте и времени, стала плаксива. При осмотре: в сознании, правильно называет свое имя, говорит, что ей 20 лет, растеряна, периодически начинает плакать без причины. Определяются положительные рефлекс орального автоматизма.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 2) Нужна ли госпитализация?
- 3) Какие обследования необходимо провести?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) План реабилитации?

Задача 5. Мужчина 68 лет наблюдается в поликлинике в связи с перенесенным 2 года назад тромботическим инсультом в бассейне правой средней мозговой артерии. Инсульт произошел на фоне дислипидемии, ожирения I. В неврологическом статусе имеется легкий левосторонний гемипарез с повышенным мышечным тонусом. Пациент полностью себя обслуживает.

Задания:

- 1) Нужна ли реабилитация?
- 2) Предложите тактику вторичной профилактики.
- 3) Предложите диетические рекомендации.
- 4) Показано ли санаторно-курортное лечение, ФТЛ, ЛФК?

Задача 6. Женщина 55 лет во время работы на садовом участке внезапно почувствовала «кинжальную» головную боль, преимущественно в левой части головы, тошноту, была неоднократная рвота, не принесящая облегчения. Госпитализирована в ближайшую районную больницу. При осмотре: АД – 180/100 мм.рт.ст., сонлива, лицо гиперемировано, менингеальных симптомов нет. Выявлен правосторонний глубокий гемипарез, гемигипестезия, гемианопсия правых полей зрения.

Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз?
- 3) Какие обследования необходимо провести?

- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) План реабилитации и профилактики инвалидизации?
- 6) Возможные исходы заболевания?