

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

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

Медицинский институт
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»

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

И.о.зав. кафедрой

Ю.Л.Веневцева

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

«Неврология»

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

по специальности подготовки

31.08.42 Неврология

Идентификационный номер образовательной программы: 310842-01-24

Тула 2024 год

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

фонда оценочных средств (оценочных материалов)

Разработчик:

Мельников А.Х., профессор каф. ПВБ, д.м.н.

(ФИО, должность, ученая степень, ученое звание)


(подпись)

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.

1. Оценочные средства (оценочные материалы) для проведения текущего контроля успеваемости обучающихся по дисциплине (модулю) Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-7; код индикатора ОПК-7.1

1. Какими законами регулируется оказание медицинской помощи пациентам неврологического профиля?
2. Порядок направления пациентов на МСЭК.
3. Показания для направления на МСЭК после ОНМК.
4. Определение показаний к направлению на МСЭК по поводу дисциркуляторной энцефалопатии.
5. Показания для направления на МСЭК постинсультных пациентов.
6. Принципы направления на МСЭК пациентов с вертеброгенными заболеваниями.
7. Принципы определения временной нетрудоспособности пациентов с поражением периферической нервной системы.
8. Необходимые исследования для направления на МСЭК пациентов с миастенией.
9. Показания для направления на МСЭК после воспалительных заболеваний нервной системы.

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

1. Медико-социальная экспертиза и инвалидность 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.

Перечень контрольных вопросов (или) заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-7; код индикатора ОПК-7.3

1. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при полиомиелите
2. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при паркинсонизме
3. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при хорее Гентингтона
4. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при рассеянном склерозе
5. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при миастении
6. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при спастической параплегии Штрюмпелля
7. Медико-социальная экспертиза и инвалидность при вибрационной болезни.

Примеры клинических задач.

Задача 1. Пациентка 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 гемипарез.

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-летний пациент 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.

Пациент 54-х 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 рефлексы $S \geq D$, 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. Пациент 35 лет поступил с жалобами на слабость в ногах. Из анамнеза известно, что 3 недели назад перенес ОРВИ. Два дня назад отметил затруднение при подъеме по лестнице. В неврологическом статусе:

мышечный тонус в ногах снижен, снижена сила в дистальных отделах конечностей

– до 4 баллов, в проксимальных отделах – до 3 баллов. Глубокие рефлексы стоп не вызываются. Патологических стопных рефлексов нет. Отмечается легкая слабость в проксимальных отделах рук. Глубокие рефлексы на руках снижены, больше в проксимальных отделах. Умеренно выражены симптомы натяжения (с-м Лассега с 50°) с двух сторон, других чувствительных нарушений нет. Функция тазовых органов не нарушена.

Задания:

- 1) 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. Пациент 49 лет, работающий грузчиком, во время подъема каменной столешницы внезапно почувствовал резкую слабость и жгучие боли в ногах, возникло нарушение мочеиспускания. На парник 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 пациента 26 лет на следующий день после первой в сезоне лыжной прогулки (18 км), 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 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. Пациент 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, непроизвольные 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. Пациент 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 имеет 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?

Перечень контрольных вопросов (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-1; код компетенции ПК-1.1

Контрольные вопросы:

1. Жалобы пациентов при полинейропатическом синдроме
2. Жалобы пациентов при синдроме 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 (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-1; код индикатора ПК-1.2

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 методов лабораторной генетической диагностики
 9. Принципы методов полимеразной цепной реакции в генетических исследованиях
 10. Принципы методов ликворологической диагностики
1. Укажите методы, применяемые для исследования функции мозжечка:
- 1) объем движений, 2) сила мышц, 3) исследование походки, 4) поза проба Ромберга, 5) письма, 6) чтение, 7) тонус мышц, 8) речи, 9) пальце-носовая проба,

колени-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-испондилографию;
- 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 пациентки 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. Пациент 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 правой ногой, 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 — выраженные явления остеохондроза L5—S1.

Вопросы:

а) Каков Ваш топический диагноз?

б) Каков Ваш клинический диагноз?

в) Каки методы лечения Вы назначите больному?

Задача №4. У пациента 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?
3. Их результаты?

Задача №5. Пациент 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. Пациентка 56 лет. Считает себя больной с 30 лет, когда появилась слабость в левой стопе, боли в икроножных мышцах. Через 5—6 лет присоединилась слабость в правой стопе, изменилась походка, заметила похудание мышц голени и стоп. Последние 5—6 лет стала отмечать слабость в кистях. В неврологическом статусе — гипотрофия мышц кистей, стоп, предплечий и голени. Стопы свисают. При ходьбе выражен шаг. Сухожильные рефлексы с рук и коленные снижены, ахилловы отсутствуют. Гипестезия рук и ног по дистальному типу в виде «перчаток» и «носок». Снижено мышечно-суставное чувство в пальцах стоп.

Вопросы:

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

Перечень контрольных вопросов (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-1; код компетенции ПК-1.3

Примеры клинических задач.

Задача 1. Пациента 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 пациента 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.

1. Определите, что и где поражено. 2. Как называется такой синдром?

Задача 3. Речь пациента 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.

1. Определить топический диагноз.

Задача 4. Пациентка 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.

1. Какие речевые расстройства выявляются при обследовании?
2. Определите локализацию патологического процесса.

Задача 5. 30-летняя пациентка за последние несколько месяцев стала отмечать нарастающие головные боли с рвотой, усиливающиеся по утрам. Одно временно 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.

Состояние 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

реакция на свет, аккомодацию и конвергенцию живые. Нистагма и глазодвигательных расстройств нет. Сглажена левая носогубная складка. Язык по средней линии. Парезов и параличей нет. Пробы на координацию выполняет хорошо. В позе Ромберга устойчива. Хватательный рефлекс, симптом Маринеско-Радовичи, хоботковый рефлекс слева. Сухожильные и периостальные рефлексы с конечностей оживлены слева. Брюшные рефлексы слабее слева. Симптом

Бабинского слева. Чувствительных нарушений не выявлено. Вялость и замедленность движений, безинициативность, снижение критики к окружающему и своему состоянию. Непроизвольное мочеиспускание.

На рентгенограмме черепа изменений нет. На ЭЭГ-

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

Вопросы. Где расположен патологический процесс? Приведите обоснование топического диагноза у больной. Чем объясните отсутствие изменений на краниограмме

при наличии грубых изменений на глазном дне? Тактика лечения? Прогноз?

Задача 6. 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 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 снижена чувствительность. 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?

Перечень контрольных вопросов (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-2; код индикатора ПК-2.1

- | | | |
|-----|--|-------------|
| 1. | и осложнения длительной кортикостероидной терапии. | Принципы |
| 2. | группы против эпилептических препаратов. | Основные |
| 3. | ения при ДЭП. | Тактика леч |
| 4. | лезни Альцгеймера. | Лечение бо |
| 5. | лечения миопатий. | Принципы |
| 6. | лечения миастений. | Принципы |
| 7. | лечения БАС. | Принципы |
| 8. | профилактики неврозов. | Принципы |
| 9. | ика сердечно-сосудистых заболеваний в молодом возрасте. | Профилактик |
| 10. | тика сердечно-сосудистых заболеваний в среднем и пожилом возрасте. | Профилактик |
| 11. | | Профилактик |

- | | | |
|-----|---|-----------|
| | тика когнитивных нарушений у лиц пожилого и старческого возраста. | |
| 12. | диспансеризации пациентов с рассеянным склерозом. | Принципы |
| 13. | диспансеризации пациентов с болезнью Альцгеймера | Принципы |
| 14. | изация пациентов с болезнью Паркинсона. | Диспансер |
| 15. | изация пациентов с БАС. | Диспансер |

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-2; код индикатора ПК-2.2

Задача №1. Пациентка 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 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 ++, цитоз 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 вблизи устья. КТ - очаг пониженной плотности.

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

Задача №2. Пациентка 26 лет доставлена скорой помощью с улицы. Со слов больной, посколькунулась 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. Лицосимметрично, девиации языка нет. Парезов конечностей нет. Общая мышечная гипотония. Сухожильные рефлексы живые D = S. Чувствительных расстройств нет. Патологических симптомов нет.

Вопросы:

- а) Сформулируйте клинический диагноз.
- б) Какие дополнительные исследования необходимо сделать?
- в) Какова Ваша тактика поведения пациентки?

Задача №3. Доставлен мужчина 40 лет, попал в автомобильную катастрофу 2 часа назад. Объективно общее состояние тяжёлое. Пульс — 60 уд в мин, ритмичный. АД 150/90 мм рт. ст. На одежде следы рвотных масс. Подкожная гематома в правой лобно-теменной области, ссадины на руках, лице, туловище. Зрачки d=s без реакции на свет. Менингеальных знаков нет. Сглажена левая носогубная складка. Умеренная гипотония в мышцах рук и ног, но $S > D$. Сухожильные рефлексы низкие, но $S > D$. С.Бабинского слева.

ВОПРОСЫ:

- а) Каков Ваш клинический диагноз?
- б) Наличие какой патологии необходимо исключить?
- в) Какие дополнительные исследования необходимо провести пациенту в срочном порядке?
- г) Какова Ваша тактика поведения больного?

Задача №4. Пациентка 20 лет. Со слов матери, с 16 лет у девочки возникают приступы потери сознания, прикусывание языка, тонико-клоническими судорогами с непроизвольным мочеиспусканием. Эти приступы повторяются через 1,5-2 месяца. У отца больной наблюдаются аналогичные приступы. В неврологическом статусе очаговая симптоматика не выявляется. Соматически здорова. Рентгенограмма черепа без патологии. Глазное дно нормальное.

Вопросы:

- а) Какой вид приступов наблюдается у пациентки?
- б) Где локализуется патологический очаг?
- в) Какие дополнительные исследования необходимо провести?
- г) Каков клинический диагноз?

д) Принципы лечения.

Задача №5. Пациент 28 лет. 2 года назад впервые заметил, что обеими руками различает горячее и холодное. Были безболезненные ожоги на кистях. В течение последнего года обратил внимание на похудание мышц кистей, неловкость при выполнении мелких точных движений пальцами. В неврологическом статусе — синдром Клода Бериара — Горнера справа: атрофия межкостных мышц обеих кистей, больше справа. Сухожильные и периостальные рефлексы на руках не вызываются. Коленные и ахилловы рефлексы высокие S—D. Клонусы стоп. С. Бабинского с 2-х сторон. Брюшные рефлексы снижены. Выпадение болевой и температурной чувствительности на обеих руках. Глубокая чувствительность сохранена. Ногтевые фаланги утолщены, ногти тусклые, ломкие, кожа сухая. Следы ожогов на руках. Вопросы:

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

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-2; код индикатора ПК-2.3

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 рефлексы справа выше, чем слева. Брюшные рефлексы 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 ++, цитоз $\frac{1}{3}$, реакция Вассермана отрицательная, реакция Ланге - 01121000. Анализ мочи без особенностей. На ЭКГ - ритм синусовый, признаки перегрузки правого предсердия. Рентгеноскопия органов грудной клетки -

сердце расширено влево, аорта уплотнена. Глазное дно - резко сужены артерии. РЭГ - снижение кровенаполнения в левом полушарии головного мозга. Ангиография - стеноз левой внутренней сонной артерии на ее 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 мимо-попадание при выполнении координаторных проб слева. На МРТ головного мозга: справа большой негетерогенный очаг и несколько мелких перивентрикулярных очагов с двух сторон, небольшой очаг в белом веществе левого полушария мозжечка. На глазном дне: побледнение височных половин сосков зрительных нервов.

1) Диагноз?

2) С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз на данный момент и в последующем?

3) Назначьте лечение.

4) Реабилитация?

Задача №3. Пациент 27 лет обратился к врачу с жалобами на нарастающую слабость в левой ноге. Пять лет назад был ретробульбарный неврит слева с частичным восстановлением зрения. Около года назад было кратковременное онемение левых конечностей. К врачам не обращался и через неделю все симптомы прошли бесследно. При неврологическом осмотре выявляется горизонтальный мелкоамплитудный нистагм, снижение мышечной силы в левой ноге до 4 баллов, сухожильные рефлексы повышены с двух сторон, выше слева. Двусторонний симптом Бабинского и Россоломо. 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. Пациент Н., 47 лет, поступил в клинику с жалобами на пошатывание при ходьбе. Из анамнеза известно, что 8 месяцев назад стал постепенно снижаться слух на левое ухо, затем развилась асимметрия лица и онемела левая щека, появились головные боли, тошнота,

головокружение. Объективно: нарушение слуха слева по типу поражения звуковоспринимающего аппарата, периферической парез левого лицевого нерва, гипестезия левой половины лица, гипотония мышц, атаксия в левых конечностях. Глазное дно - застойные диски зрительных нервов. Рентгенограмма височной кости по Стенверсу - расширение левого слухового прохода. В ликворе - белково-клеточная диссоциация.

1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте лечение.

Задача №5. Пациент 45 лет, кочегар, обратился к врачу с жалобами на длительно незаживающие ожоги, боли от которых не чувствовал. Впервые имел безболевого ожог 10 лет назад. При осмотре больного отмечены вялый парез верхних конечностей и сегментарное нарушение чувствительности на уровне C_1 - Th_2 с обеих сторон.

1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте лечение.

Задача №6. Пациент 56 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на головные боли, тошноту. Родственники больного в течение полу-года 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. Сосуды

внутренних органов патологии не отмечено. Артериальное давление 130/80 мм рт. ст.

В анализе крови выявлены лейкоцитоз $13 \cdot 10^9/\text{л}$, лейкоцитарной формулы 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 конечностях, левосторонняя гемипарестезия на все виды чувствительности. В позе Ромберга устойчив, пробы на координацию выполняет хорошо правыми конечностями, слева несколько хуже из-за гемипареза. Высшие корковые функции не нарушены.

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

При люмбальной пункции ликвор прозрачный, концентрация белка 0,7 г/л, цитоз 15/мкл. При эхоэнцефалоскопии смещение срединных структур справа налево на 5 мм.

Вопросы.

Где локализуется патологический процесс?

Сформулируйте топический диагноз.

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

Лечение?

Перечень контрольных вопросов (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-2; код компетенции ПК-2.4.

1. Принципы оказания паллиативной помощи при БАС.
2. Паллиативная помощь при болезни Паркинсона.
3. Паллиативная помощь при миастении гравис.
4. Паллиативная помощь при болезни Гийена-Барре.
5. Паллиативная помощь при рассеянном склерозе.

Перечень контрольных вопросов (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-3; код компетенции ПК-3.1.

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. 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 диагноз: «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 пальце-носовой и пяточно-коленной пробах наблюдается промахивание при закрывании глаз, сила в конечностях достаточная, сухожильные рефлексы и мышечный тонус снижены в правых конечностях.

Неврологические синдромы?

Топический диагноз?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные обследования и их предполагаемые результаты?

Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?

Контрольные вопросы:

1. Назовите формы эпилепсии, при которых возможно развитие эпилептического статуса.
3. Патогенез эпилептического статуса.
4. Отличие эпилептического статуса от серии эпилептических приступов.
5. Неотложная помощь в случае развития эпилептического приступа.
6. ЭЭГ диагностика эпилептического статуса.
7. Тактика ведения пациента с эпилептическим статусом.
8. Основные препараты, используемые для купирования эпилептического статуса.
9. Особенности бессудорожного эпилептического статуса. Роль ЭЭГ диагностики.
10. Лечение эпилептического статуса.

Перечень контрольных вопросов (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-3; код компетенции ПК-3.2.

Задача 1. 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?

Перечень контрольных вопросов (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-3; код компетенции ПК-3.3.

1. Неотложная терапия при нарастающем отеке мозга у больного с менингитом включает назначение:

- 1) Вазоактивных препаратов
- 2) Антигистаминных препаратов
- 3) Укладка пациента строго вертикально на кровати
- 4) Петлевых и осмотических диуретиков

2. Экстренная интубация больного с гнойным менингитом показана при всем, КРОМЕ:

- 1) некупируемый судорожный статус
- 2) признаки септического шока
- 3) лихорадка выше 39,0
- 4) оценка по ШКТГ менее 9

3. Какие формы энцефалита относят к первичным?

- 1) Клещевой
- 2) Поствакцинальный
- 3) Японский комариный
- 4) Энцефалит Сент-Луис (американский)
- 5) Коревой энцефалит

4. Назовите наиболее грозные осложнения гнойного менингита:

1. Острый отек мозга с развитием дислокационного синдрома
2. Септический шок
3. Желудочно-кишечные расстройства
4. Острая надпочечниковая недостаточность (синдром Уотерхауза-Фридрехсена)
5. Развитие парезов, параличей

5. Вторичный гнойный менингит по этиологии чаще всего

1. Пневмококковый
2. Менингит, вызванный палочкой Пфейффера

3. Гриппозный
4. Стафилококковый
5. Менингококковый

6. Первичный гнойный менингит по этиологии

1. Пневмококковый
2. Менингит, вызванный палочкой Пфейффера
3. Гриппозный
4. Стафилококковый
5. Менингококковый

7. Основные противопоказания для проведения люмбальной пункции

1. Признаки дислокационного синдрома (анизокория, смещение срединных структур по данным Эхо-ЭС)
2. Инфекционное поражение кожи и мягких тканей в области предполагаемого прокола
3. АД выше 180/100 мм рт.ст.
4. Лихорадка выше 38°C

8. К серозным менингитам относят

1. Туберкулезный
2. Сифилитический
3. Менингококковый
4. Пневмококковый
5. Вирусный

9. Для какого осложнения менингита характерно

развитие очаговой неврологической симптоматики?

1. Септический шок
2. Острая надпочечниковая недостаточность (синдром Уотерхауза-Фридрехсена)
3. Менингоэнцефалит
4. Респираторный дистресс-синдром
5. Отек легких

10. Возбудителями вирусного менингита чаще всего являются

1. Вирусы Коксаки и ЕСНО
2. Вирус эпидемического паротита
3. Менингококк Вейксельбаума
4. *Staphylococcus epidermidis*
5. Герпесвирусы

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-4; код компетенции ПК-4.1.

1. Использование документа, которого обязательно при статистической разработке заболеваемости:

- 1) единая статистическая классификация болезней и случаев смерти
- 2) международная номенклатура заболеваний
- 3) международная классификация заболеваний и травм
- 4) международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем
- 5) статистическая классификация и номенклатура болезней и причин смерти.

2. Из перечисленных статистических документов используется для изучения заболеваемости по обращаемости:

- 1) талон амбулаторного пациента (ф. 025-12/у).
- 2) дневник работы врача общей практики (семейного врача) (ф. 039/у-ВОП).
- 3) медицинская карта амбулаторного больного (ф. 025/у-04).
- 4) талон на прием к врачу (ф. 024-4/у-88).
- 5) медицинская карта стационарного больного (ф. 003/у).

3. Назовите первичный статистический документ, на основании которого изучается смертность населения.

- 1) статистический талон регистрации случая смерти (ф. 213/у).
- 2) протокол (карта) патологоанатомического исследования (ф. 013/у).
- 3) статистическая карта выбывшего из стационара (ф. 066/у-02).
- 4) сведения о лечебно-профилактическом учреждении (ф. 30).
- 5) медицинское свидетельство о смерти (ф. 106/у-08).

4. Назовите отчетную статистическую форму, применяемую для анализа заболеваемости в поликлинике.

- 1) сведения о больных злокачественными новообразованиями (ф. 35).
- 2) сведения о заболеваниях активным туберкулезом (ф. 8).
- 3) сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения (ф. 12).
- 4) сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам (ф. 31).
- 5) сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам (ф. 32).

5. Медико-статистическое исследование включает следующие этапы, кроме:

- а) сбора статистического материала;
- б) проведения стандартизации;
- в) анализа статистического материала;
- г) разработки, группировки, сводки статистического материала;
- д) составления программы и плана статистического исследования.

6. Документ, содержащий требования к эпидемиологической безопасности при проведении инсулинотерапии больным сахарным диабетом

а) СанПиН

«Обеспечение эпидемиологической безопасности при оказании помощи пациентам, страдающим сахарным диабетом»;

б) методические рекомендации

«Обеспечение эпидемиологической безопасности при оказании помощи пациентам, страдающим сахарным диабетом», 2016 г.;

в) федеральный закон

«Обеспечение эпидемиологической безопасности при оказании помощи пациентам, страдающим сахарным диабетом»;

г) приказ Минздрава России

«Обеспечение эпидемиологической безопасности при оказании помощи пациентам, страдающим сахарным диабетом»;

д) федеральные клинические рекомендации

«Обеспечение эпидемиологической безопасности при оказании помощи пациентам, страдающим сахарным диабетом», 2016 г.

7. Из каких статистических отчетных форм берется информация для расчета показателя заболеваемости с впервые в жизни установленным диагнозом

- 1) отчетная форма № 2
- 2) отчетная форма № 12
- 3) отчетная форма № 14
- 4) отчетная форма № 30
- 5) отчетная форма № 33

8. Какая учетная документация заполняется при госпитализации в стационар

- 1) учетная форма № 025/у
- 2) учетная форма № 066/у
- 3) учетная форма № 003/у
- 4) учетная форма № 007/у

5) учетная форма № 001/у

9. Какую отчетную форму составляют больничные организации

- 1) отчетная форма № 21
- 2) отчетная форма № 33
- 3) отчетная форма № 14
- 4) отчетная форма № 30
- 5) отчетная форма № 12

10. Какая периодичность существует в представлении статистических отчетов

- 1) месячная
- 2) квартальная
- 3) полугодовая
- 4) годовая
- 5) еженедельная

Контрольные задания и (или) вопросы для оценки сформированности компетенции ПК-4(контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-4.2)

1. Какой закон является одним из основополагающих в статистике?
2. Какие бывают виды ошибок статистического наблюдения?
3. Для формирования отчета о контингентах больных, выбывших из стационара (отчетная форма №14) нужна учетная форма №....?
4. Какие данные есть в листке учета движения больных и коечного фонда стационара (ф. №007/у)?
5. Какие данные необходимы для расчета структуры заболеваемости пациентов в стационаре?
6. К какому виду показателей относится показатель средней длительности пребывания больного в стационаре?
7. Что изучает статистика населения?
8. Назовите основные статистические методы изучения заболеваемости населения?
9. Какой показатель можно рассчитать при обработке данных сводной ведомости учета движения больных и коечного фонда по стационару?
10. Назовите основную учетную форму стационара, которая используется для расчета показателей деятельности стационара?

Контрольные задания и (или) вопросы для оценки сформированности компетенции ПК-4(контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-4.3)

1. История болезни, характеризующая состояние больного при поступлении и в динамике на протяжении всего его пребывания в

стационаре

- 1) «медицинская карта стационарного больного» (Форма 003/у)
- 2) «сводная ведомость движения больных и коечного фонда по стационару, отделению и профилю коек стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении» (Форма 016/у-02)
- 3) «журнал учета больных и отказов в госпитализации» (Форма 001/у)
- 4) «листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении» (Форма 007/у-02)

2. Показатель, рассчитываемый как соотношение числа врачей (физических лиц), работающих в медицинских организациях (чел. на 10 тыс. населения), к среднегодовой численности населения

- 1) обеспеченность населения врачами
- 2) нагрузка на одного врача
- 3) индекс эффективности труда
- 4) число случаев нетрудоспособности

3. Статистика заболеваемости подразделяется на

- 1) по результатам диспансеризации и периодических медицинских осмотров
- 2) госпитальную и инфекционную
- 3) амбулаторно-поликлиническую и профилактическую
- 4) госпитальную и амбулаторно поликлиническую

4. Для анализа кадров медицинских работников медицинских организаций используется информация статистической отчетной формы

- 1) 57
- 2) 30
- 3) 15
- 4) 12

5. Установите правильную последовательность этапов анализа и оценки деятельности стационара

- 1) вычисление и оценка основных показателей по использованию коечного фонда
- 2) характеристика общих паспортных данных о больнице
- 3) собеседование с главным врачом и общее знакомство с больницей
- 4) расчет и оценка показателей по штатам учреждения
- 5) выводы и предложения

6. Установить правильную последовательность содержания третьего этапа статистического исследования

- 1) шифровка
- 2) вычисление показателей
- 3) сводка (заполнение таблиц)
- 4) контроль документов
- 5) распределение по группам для подсчета

7. Для оценки сравнительного эффекта лечебного вмешательства, выраженного бинарным признаком, может использоваться такой показатель, как:

- 1) относительный риск;
- 2) отношение угроз (рисков);
- 3) отношение шансов;
- 4) разность абсолютных рисков;
- 5) разность средних.

8 . Знания в области статистического анализа медицинских данных необходимы:

- 1) на этапе анализа данных;
- 2) на этапе планирования;
- 3) на этапе подготовки публикации;
- 4) на этапе сбора данных.

9. Предметом изучения медицинской статистики являются:

- а) выявление и установление влияния вредных факторов окружающей среды на состояние здоровья населения
- б) состояние здоровья населения
- в) разработка новых учетных и отчетных форм, согласно международных, федеральных и региональных требований
- г) достоверность учета и отчетности, результатов клинических и экспериментальных исследований
- д) все ответы правильные

10 . Медицинская статистика - это:

- а) отрасль статистики, изучающая здоровье населения
- б) оценка состояния здоровья населения с использованием статистических методов
- в) отрасль статистики, изучающая вопросы, связанные с медициной, гигиеной,

санитарией и здравоохранением

г) анализ и прогнозирование заданных показателей здоровья населения

д) анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений

Контрольные задания и (или) вопросы для оценки сформированности компетенции ПК-5(контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-5.1)

1. Механизмы управления предполагают взаимодействие _____.

- 1) руководства и исполнителей
- 2) производственных и непроизводственных фондов
- 3) законов и нормативных документов
- 4) сметы и финансового плана учреждения

2. Взаимоотношения между врачом и медицинской сестрой должны быть основаны на:

- 1) взаимном уважении
- 2) субординации
- 3) четком выполнении своих обязанностей
- 4) соблюдении правил асептики и антисептики

3. Термин «деловая субординация» означает:

- 1) распоряжения старшего по должности являются обязательными для подчинённых
- 2) демократизм в отношении коллег

4 Какой из перечисленных этапов является начальным в формировании резерва кадров:

- 1) изучение, оценка, отбор кандидатов в резерв
- 2) рассмотрение, согласование, утверждение состава резерва
- 3) определение потребности в руководителях (количественного и должностного состава резервов)

5 В стационаре по штату положено 38 врачебных должностей, занято 35. Какой показатель можно рассчитать?

- 1) показатель совместительства
- 2) соотношение врачей и штатов
- 3) нагрузка врачей
- 4) характеристика штатов
- 5) укомплектованность штатов врачей стационара

6 . Методы руководства сотрудниками включают:

- 1) поддержание работоспособности персонала
- 2) аттестация
- 3) наставничество
- 4) денежное вознаграждение и поощрение
- 5) все ответы верны

7. Трудовая мотивация проявляется в следующих формах:

- а) улучшение сложившейся системы отношений в коллективе
- б) стремление реализовать призвание
- в) стремление реализовать внешние побуждения
- г) увеличение нагрузки

8. Успешное руководство предполагает перечисленные умения руководителя, кроме:

- а) определение цели, перспектив, проблем
- б) выделение приоритетов
- в) организацию работы по достижению цели
- г) удовлетворение потребности управлять
- д) обеспечение мотивации сотрудников

9. Функции управления включают:

- а) планирование
- б) организацию
- в) контроль
- г) мотивацию
- д) все вышеперечисленное
- е) все перечисленное не соответствует

10. Функциональные обязанности руководителя медицинской организации не включают:

- а) работу с кадрами медицинской организации
- б) определение цели и задач медицинской организации
- в) организацию деятельности подразделений
- г) осуществление внутренних и внешних коммуникативных связей
- д) контроль совместных и индивидуальных действий в медицинской организации

Контрольные задания и (или) вопросы для оценки сформированности компетенции ПК-5(контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-5.2)

1. Современные требования к руководителю включают все, кроме:

- а) принципиальности
- б) высокого профессионализма
- в) организаторских способностей
- г) склонности к конкуренции
- д) высоких нравственных качеств

2. Методы мотивации в управлении коллективом не включают:

- а) содержание и условия труда
- б) экономическое стимулирование
- в) состояние социально-психологического климата
- г) обучение, повышение квалификации
- д) конкуренцию

3. Созданию хорошего социально-психологического климата в коллективе не способствуют:

- а) четкая организация труда
- б) оптимальный подбор и расстановка кадров
- в) согласованность в руководстве
- г) низкая культура общения в коллективе

4. Какой стиль управления считается наиболее эффективным в современных условиях:

- а) авторитарный
- б) демократический
- в) либеральный

5. Социально-психологические методы управления здравоохранением подразумевают:

- а) организацию медицинских советов, комиссий по этике
- б) совокупность средств воздействия на коллектив с целью достижения долгосрочной, стратегической цели
- в) создание благоприятного морально-психологического климата в коллективе и предоставление возможности развития и реализации личных способностей работников
- г) все перечисленное верно

6 . Что является признаком бюрократического управления:

- а) отсутствие инициативы сотрудника, приоритета личных интересов
- б) блокирование предпринимательской деятельности
- в) управление в рамках четко разработанных правил и предписаний
- г) некомпетентность руководителя

7 . Если сотрудник может, но не желает работать, ему требуется:

- 1) мотивация
- 2) подготовка и развитие
- 3) следует принять его вызов
- 4) следует его уволить

8.Тактика руководителя, если сотрудник не может и не желает работать:

- 1) усилить мотивацию
- 2) способствовать подготовке и развитию
- 3) следует принять вызов, или уволить сотрудника

9 .При принятии самостоятельного решения руководитель должен руководствоваться:

- 1) традициями
- 2) логическим мышлением
- 3) рациональным подходом
- 4) опытом работы

10.Оптимальным стилем управления считают:

- 1) авторитарный
- 2) формальный
- 3) демократический
- 4) динамический

Контрольные задания и (или) вопросы для оценки сформированности компетенции ПК-5(контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-5.3)

1. При принятии самостоятельного решения руководитель должен руководствоваться:

- 1) традициями
- 2) логическим мышлением
- 3) рациональным подходом
- 4) опытом работы

2. Наиболее эффективный стиль руководства коллективом на этапе выработки концепции деятельности:

- 1) авторитарный
- 2) демократический
- 3) либеральный
- 4) демократический в сочетании с авторитарным
- 5) демократический в сочетании с либеральным

3. Наиболее эффективный стиль руководства на этапе повышенного напряжения развития коллектива:

- 1) авторитарный
- 2) демократический
- 3) либеральный
- 4) демократический в сочетании с авторитарным
- 5) демократический в сочетании с либеральным

4. Наиболее эффективный стиль руководства коллективом на этапе знакомства:

- 1) авторитарный
- 2) демократический
- 3) либеральный
- 4) демократический в сочетании с авторитарным
- 5) демократический в сочетании с либеральным

5. Делегирование полномочий - это передача подчиненным:

- 1) задач, ответственность за исполнение которых несет руководитель
- 2) прав по управлению с разделением ответственности
- 3) задач, прав и ответственности за принятые решения

6. Перевод медсестры для замещения отсутствующего работника осуществляется в течение календарного года на срок не более:

- 1) двух недель
- 2) одного месяца
- 3) двух месяцев
- 4) трех месяцев

7. Сеткой управления называют:

- 1) двухразмерный подход к оценке эффективности руководства, учитывающий «заботу о людях» и «заботу о производстве»
- 2) график оптимального управления организацией, учитывающий контроль качества
- 3) систему управления организацией, утвержденную руководителем

8. Руководителю быть лидером в коллективе:

- 1) желательно
- 2) желательно в определенных условиях
- 3) не желательно

9. Средства профилактики конфликтных ситуаций:

- 1) недопущение спора
- 2) вступление в спор и выяснение ситуации

- 3) умение слушать
- 4) исключение суждений и оценок, ущемляющих человеческое достоинство собеседника

10. Управленческая деятельность включает:

- 1) управление персоналом, организацию деятельности, регулирование и контроль
- 2) обеспечение технологического развития, регулирование и контроль
- 3) контроль технологии, выбор стратегии, регуляцию деятельности

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

2. Оценочные средства (оценочные материалы) для проведения промежуточного контроля успеваемости обучающихся по дисциплине (модулю)

Перечень контрольных вопросов (или) заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-7; код компетенции ОПК-7.1

- 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

Перечень контрольных вопросов (или) заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-7; код компетенции ОПК-7.2

- | | | |
|----|--|---------|
| 1. | социальная экспертиза и инвалидность при энцефалите. | Медико- |
| 2. | социальная экспертиза и инвалидность при менингите. | Медико- |
| 3. | социальная экспертиза и инвалидность при НЦД (ВСД) | Медико- |
| 4. | социальная экспертиза и инвалидность при миотонии. | Медико- |
| 5. | социальная экспертиза и инвалидность при болезни Фридрейха. | Медико- |
| 6. | социальная экспертиза и инвалидность при нарколепсии. | Медико- |
| 7. | социальная экспертиза и инвалидность при гепатоцеребральной дистрофии (болезни Вильсона-Коновалова). | Медик |
| 8. | социальная экспертиза и инвалидность при туннельных (компрессионных) нейропатиях. | Медико- |
| 9. | социальная экспертиза и инвалидность при спинальных амиотрофиях. | Медико- |

Перечень контрольных вопросов (или) заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-7; код компетенции ОПК-7.3

- | | | |
|----|--|---------|
| 1. | социальная экспертиза и инвалидность при миодистрофиях (миопатиях) | Медико- |
| 2. | социальная экспертиза и инвалидность при полинейропатиях | Медико- |
| 3. | социальная экспертиза и инвалидность при дисциркуляторной энцефалопатии | Медико- |
| 4. | социальная экспертиза и инвалидность при геморрагическом спинальном инсульте | Медико- |
| 5. | социальная экспертиза и инвалидность при ишемическом спинальном инсульте | Медико- |

- | | | |
|----|--|---------|
| 6. | о-социальная экспертиза и инвалидность при дисциркуляторной(ишемической)миелопатии | Медик |
| 7. | социальнаяэкспертизаииинвалидностьпримедленныхвирусныхинфекциях | Медико- |
| 8. | о-социальная экспертиза и инвалидность при гипоталамическомсиндромеи нейроэндокринных заболеваниях | Медик |
| 9. | социальнаяэкспертизаииинвалидностьприначальныхпроявленияхнедостаточности мозгового кровообращения | Медико- |

Переченьконтрольныхвопросови(или)заданийдляоценкисформированностикомпетенцииПК-1; код компетенции - ПК-1.1

1. Дифференциальнаядиагностикасинкопальныхсостояний.
2. Дифференциальнаядиагностикаострыхкоматозныхсостояний.
3. Дифференциальнаядиагностикаострыхинфекционныхпроцессовсневрологическойсимптоматикой.
4. Дифференциальнаядиагностикаострыхболевыхсиндромов.
5. Дифференциальнаядиагностикаострогосиндромаполинейропатии.
1. Синдромпораженияпирамиднойсистемы
2. Синдромпораженияэкстрапирамиднойсистемы
3. Синдромпоражениясистеммиостаза
4. Синдромпоражениясенсорныхсистем
5. Синдром поражения зрительного анализатора
6. Синдром поражения вестибулярного анализатора
7. Синдром поражения слухового анализатора
8. Синдром поражения обонятельного анализатора
9. Синдромпоражениявкусовогоанализатора
- 10.Синдромнарушения памяти

Перечень

контрольныхвопросови(или)заданийдляоценкисформированностикомпетенцииПК-1; код компетенции ПК-1.2.

Примерытестовыхзаданий.

1. Укажите, какие из перечисленных симптомов характерны для общего церебральногососудистого криза?
- 1) Головная боль. 2) Головокружение. 3) Шум в голове. 4) Монопарез.
- 5)Тошнота или рвота. 6) Кратковременное расстройство сознания. 7) Афатическиерасстройства.

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 рефлекс 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 и поясничного отдела спинного мозга?

- а) менингеальные симптомы;
- б) мышечная гипотония;
- в) нарушение функции тазовых органов;
- г) тетраплегия;
- д) проводниковый тип расстройства чувствительности;
- е) расстройства чувствительности по невральному типу;
- ж) сегментарный тип расстройства 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) астроцитома; б) менингеома; в) невринома; г) медуллобластома.

9. Какие симптомы характерны для гепатоцеребральной дистрофии?

- 1) Пластическая ригидность.
- 2) Гиперкинезы.
- 3) Гемиплегия.
- 4) Снижение интеллекта.
- 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) «Утиная 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 (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-1; код компетенции ПК-1.3.

1. Укажите, где перекрещиваются проводящие пути глубокой чувствительности:

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

2. У пациента

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) передний рога поясничного утолщения

3. У пациента патологически 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 высывании 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 высывании 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 трапециевидная 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 пациента «свисающая» голова, затруднены ее повороты. Установлена атрофия трапециевидных 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 клонически судороги левой ноги, начинающиеся с 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 пациента 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) роландова область.

Задача №1. Пациент 28 лет. 2 года назад впервые заметил, что обеими руками не различает горячее и холодное. Были безболезненные ожоги на кистях. В течение последнего года обратил внимание на похудание мышц кистей, неловкость при выполнении мелких точных движений пальцами.

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

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

Задача №2 Пациентка 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 данного состояния?

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 парез;

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 расстройства;

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 паразетез;
- 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-2; код компетенции ПК-2.1

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 хорио менингите:

- 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

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.

2. 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) Каки 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?

Задача №4. 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 мелко размахистый тремор рук при произвольных движениях. Сухожильные рефлексы равномерны, повышены. Патологических рефлексов и расстройств чувствительности не выявляется. На ЭМГ - «залповая активность». Наследственность: у деда больного появилось дрожание конечностей, скованность движений в возрасте 60 лет.

1. Установите диагноз. 2. Назначьте лечение.

Задача №5. Пациентка 25 лет. Стала замечать, что стопы «пришлёпывают» 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. Рефлексы на руках снижены, на ногах: коленные рефлексы снижены, ахилловы рефлексы не вызываются. Гипестезия дистальных отделов конечностей. На ЭМГ - изменения, указывающие на поражение периферического двигательного нейрона.

1. Установите диагноз. 2. Назначьте лечение.

Задача № 6. Пациентка 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 давл

ение–190/100ммрт.ст.,пульс–

80удароввминуту,ритмправильный,систолический шум на шее в проекции бифуркации правой общей соннойартерии. Неврологический статус: менингеальных знаков нет, парез нижнейчастимимическоймускулатурыслева,привысовываниидевиацияязыкавлево,слабостьвлевыхконечностяхдо2-хбаллов,снижениеболевойчувствительности слева, оживление сухожильных рефлексов слева, симптомБабинскогослева.

- 1) Неврологическиесиндромы?
- 2) Топическийдиагноз?
- 3) Предварительныйклиническийдиагноз?Причинашуманашее?
- 4) Дополнительныеметодыобследования?
- 5) Лечение?

Задача № 7. Пациентка 70 лет доставлена в стационар в связи с нарушениями речи, которые возникли днём, 3 часа назад. В течение 10 лет страдает атеросклеротической 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) Неврологическиесиндромы?
- 2) Топическийдиагноз?
- 3) Предварительныйклиническийдиагноз?
- 4) Дополнительныеметодыобследования?
- 5) Лечение?

Задача № 8. Пациентка 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,

миозиснофтальмсправа,голосглухой,глотаниеневозможно,справасвисает дужка мягкого нёба и отсутствует глоточный рефлекс, парезов конечностей нет, болевая и температурная чувствительность ослаблены на лице

справа, натуловищеи конечностях слева, интенционный тремор при выполнении пальценосовой и пяточноколенной проб в правых конечностях.

- 1) Неврологическиесиндромы?

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

Примеры контрольных вопросов

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. Принципы диспансеризации пациентов после ЧМТ.

Перечень контрольных вопросов и (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-2; код компетенции ПК-2.2

Задача №1. Пациент 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. Пациентка 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 де-виация 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 влевых конечностях.

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

Задача №3. Пациент 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. Пациент 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 высывании языка 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. Пациентка 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 фибрилляции предсердий. 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. Пациент 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-2; код компетенции ПК-2.3

Задача №1. У пациента 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 слабая, расходящееся косоглазие, движение правого глазного яблока ограничено вправо, 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. Пациент 24-х лет доставлен из ночного клуба в приемное отделение больницы после генерализованного судорожного припадка. При осмотре: множественные следы (свежие и старые) от в/в инъекций на руках и ногах, кома 1 ст., ЧСС – 120 в 1 мин., АД=160/100 мм Hg, t=38,0 С. Двухсторонний мидриаз. Левосторонняя гемиплегия, глубокие рефлексы S>d, симптом Бабинского с 2х сторон, ригидность мышц шеи, 2-х 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 №3. Пациент 44 лет получил удар по голове тяжелым предметом, кратковременно утратил сознание. Придя в сознание, жалуется на сильную головную боль, 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 рефлексы 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?

Задача №4. Пациент 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 раздражители, защитные реакции координированы, ригидность мышц затылка, симптом Кернига с обеих сторон.

Задание:

- 1) Определить 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 №5. 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 6. В поликлинику поступил вызов на дом к пациенту 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 7. 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?

Перечень контрольных вопросов (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-2; код компетенции ПК-2.4.

1. Цели и задачи оказания паллиативной медицинской помощи.
2. Основные заболевания, при которых необходима паллиативная помощь.
3. Система организации паллиативной медицинской помощи в России и в Тульской области.
4. Паллиативная помощь пациентам с инсультом.
5. Паллиативная помощь пациентам с ДЦП.
6. Паллиативная помощь при болезни Альцгеймера.

Перечень контрольных вопросов (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-3; код компетенции – ПК-3.1

1. Оказание неотложной специализированной помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения.
2. Оказание неотложной помощи при астеническом кризе.
3. Оказание неотложной помощи при отеке мозга.
4. Оказание неотложной помощи при спинальной травме.
5. Оказание неотложной помощи при слабости дыхательной мускулатуры.
6. ВЧД. Отек мозга. Типы вклинения.
7. Критерии смерти мозга.
8. Коматозные состояния. Виды комы.

9. Вегетативное состояние.
10. Синдром запертого человека.
11. Виды псевдокоматозных состояний.
12. Определение отека мозга. Типы отека мозга. Диагностика повышения ВЧД, концепция Монро-Келли.
13. ЧМТ. Классификация, клиника.
14.
Классификация нарушения сознания. Основные критерии и принципы оценки степени угнетения сознания.
15. Алгоритм диагностики смерти мозга.
16. Методика осмотра пациента в бессознательном состоянии.
17. Базисная и дифференцированная терапия ишемического инсульта.
18. Принципы тромболитической терапии ишемического инсульта.
19. Лечение геморрагического инсульта.
20. Этиология, клиника, диагностика, лечение САК.
21.
Классификация эпилептического статуса. Клиника. Принципы неотложной помощи.
22. Терапия эпилептического статуса.
23. Энцефалиты: классификация, клинические синдромы, диагностика.
24.
Клещевой энцефалит: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
25. Менингококковый
менингит: этиология, эпидемиология, клиника, осложнения.
26. Синдром Гийена-Барре. Принципы неотложной терапии.
27. Миастенические кризы: определение, клиника, и дифференциальная диагностика, лечение.
28. Принципы классификации и патогенетические механизмы черепно-мозговой травмы.
29.
Принципы дифференциальной диагностики при различных формах черепно-мозговой травмы.
30. Клиника, терапия при различных формах черепно-мозговой травмы.

Перечень контрольных вопросов (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-3; код компетенции – ПК-3.2

Задача №1. Пациентка 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. Пациентка 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 пальце-носовой 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. После автомобильной аварии пациент 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 со 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 сулицы, где он упал, ударился головой, терял сознание. Объективно:

больной беспокоен, многоречив, не ориентируется в времени. Легкая ригидность мышц затылка, скуловой симптом Бехтерева. Симптом Кернига с обеих сторон. Глазное дно - изменений нет. Рентгенограмма черепа: кости черепа

неповреждены. Поясничный прокол: спинномозговая жидкость кровянистая, вытекает под повышенным давлением.

1. Установите диагноз. 2. Назначьте лечение.

Задача №5. Мужчина 59 лет, доставлен машиной скорой помощи сулицы, 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 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 №6

Женщина 52 года, страдающая миастенией, в связи с нарастанием слабости мышц конечностей без консультации с врачом увеличила дозу калимина с 3-х таблеток до 6-8 таблеток калимина в сутки. На этом фоне появились тошнота, боли в животе и усиленное слюноотделение, нарастала слабость в конечностях. Больная возбуждена, тревожна.

Объективно: Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, гипергидроз. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 32 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 80/40 мм рт.ст., ЧСС 42 уд/мин. Язык влажный, выражена гиперсаливация. Живот слегка вздут, мягкий, перистальтика усилена.

В неврологическом статусе: уровень сознания - оглушение. Зрачки узкие, фотореакция вялая. Нистагм нет. Разностояние глазных яблок по вертикали. Небный и глоточный рефлекс живые. Дисфония, дисфагия. Снижение мышечной силы в руках и ногах до 3 баллов. Сухожильные рефлексы низкие, без четкой разницы сторон. Нарушений чувствительности и координаторных нарушений нет.

Вопросы

1. Сформулируйте клинический диагноз
2. Принципы неотложной помощи с учетом клинического диагноза и тяжести состояния пациентки
3. Назначьте необходимые дополнительные лабораторные и инструментальные методы диагностики

Перечень контрольных вопросов (или) заданий для оценки сформированности компетенции ПК-3; код компетенции – ПК-3.3

Тестовые задания

Укажите один правильный ответ:

1. Способом неотложной терапии ишемического инсульта в рамках терапевтического окна является:

1. Гепаринотерапия
2. Вазоактивная терапия
3. Эндартерэктомия
4. Тромболитическая терапия

2. При оказании неотложной помощи пациенту с ишемическим инсультом рекомендуется снижать давление:

1. Ниже 120/80
2. Не ниже 180/100
3. Ниже 140/90
4. Не ниже 220/120

3. Для височно-тенториального вклинения характерно

1. анизокория на начальном этапе вклинения
2. развитие инфаркта в среднем мозге
3. выпадение окулоцефалического и вестибулоокулярного рефлексов
4. нарастание степени угнетения сознания
5. все перечисленное верно

4.

Синдром выключения сознания, при котором при сильных повторных стимулах отмечается кратковременное открывание глаза, локализация болевого раздражения

1. оглушение
2. сопор
3. онейроидный синдром
4. кома

5.

Противопоказанием для определения окулоцефалического рефлекса являются:

1. катаракта
2. коматозное состояние
3. подозрение на перелом шейных позвонков
4. глаукома
5. повреждение барабанных перепонки

6. Наиболее тяжелое состояние соответствует по Шкале КомГлазго:

1. 5 баллов
2. 1 баллу
3. 3 баллам
4. 15 баллов

7. Клиника вегетативного состояния включает все, кроме:

1. Отсутствие речевой активности, «изменение качества сознания»
- 2.

Отсутствие целенаправленных движений глазных яблок при наличии спонтанного открывания глаз

3. Целенаправленные движения глазных яблок, слежение за предметами
4. Спонтанные скудные движения
5. Отсутствие защитных движений

8.

Диагноз транзиторной ишемической атаки устанавливается при продолжительности очаговой неврологической симптоматики:

1. Более 24 часов
2. менее 24 часов
3. менее 21 дня
4. менее 6 часов

9. На каком уровне следует поддерживать АД у больных с ишемическим инсультом с артериальной гипертензией в анамнезе:

1. Не ниже 130/80 мм.рт.ст.
2. Не ниже 180/100 мм.рт.ст.
3. Не выше 160/90 мм.рт.ст.

10. Для лакунарного инсульта характерно все, кроме:

1. Чистодвигательный дефицит
2. Чисточувствительный дефицит
3. Гемиплегия, гемипарез, гемипарестезия, гемиптопия

11. Для кардиоэмболического варианта ишемического инсульта характерно:

1. Постепенное начало, прогрессирующее течение
2. Внезапное начало, наличие кардиального источника эмболии
3. Лакуны в глубоких отделах полушарий
4. Часто геморрагическая трансформация инфаркта на КТ или МРТ

12. Что характерно для инфаркта мозга на компьютерных томограммах:

1. Участок повышенной плотности
2. Участок пониженной плотности
3. Изоденсивный участок

13.

Какие генетические варианты ишемического инсульта относятся все, кроме:

1. Лакунарный инсульт
2. Атеротромботический инсульт
3. Вертебробазилярный инсульт
4. Кардиоэмболический инсульт

14. Какова продолжительность «терапевтического окна» при ишемическом инсульте:

1. 60 минут
2. 2 часа
3. 3-6 часов
4. 6-12 часов
5. 12-24 часа

15.

Методом наиболее ранней диагностики внутричерепного кровоизлияния является:

1. Реовазография
2. Магнитно-резонансная томография
3. Компьютерная томография
4. Люмбальная пункция
5. Электрорэнцефалография

16. Ни один из перечисленных методов не применяется для:

1. Снижения уровня артериального давления
2. Профилактики спазма церебральных сосудов
3. Профилактики ишемии головного мозга
4. Разгрузки малого круга кровообращения

17. В случае геморрагического инсульта компьютерная томография диагностирует:

1. Гиперденсивные участки вещества головного мозга

2. Гиподенсивные участки вещества головного мозга
3. Гиперденсивные участки в субарахноидальном пространстве
4. Гиподенсивные участки в субарахноидальном пространстве

18. Нормальный ЭЭГ–ритм головного мозга взрослого человека–это:

1. Альфа
2. Бета
3. Дельта
4. Спайк-волна

19. К факторам, провоцирующим эпилептический приступ, относят

1. Стробоскопический световой эффект
2. Падение артериального давления
3. Недосыпание
4. Гиперхолестеринемию

20. Эпилептический статус –это:

1. Серия приступов, между которыми пациент приходит в сознание
2. Серия приступов, между которыми пациент не приходит в сознание
3. Не менее пяти парциальных приступов за сутки
4. Не менее трех генерализованных приступов за сутки

21. Обязательные методы диагностики при эпилепсии:

1. ЭЭГ
2. МРТ
3. ЭНМГ

22. Эпилептическую активность по ЭЭГ характеризует:

1. Бета-ритм
2. Комплекс спайк – волна
3. Альфа-ритм

23. Какие симптомы чаще всего встречаются в клинической картине менингитов?

1. Менингеальные (оболочечные)
2. Общемозговые
3. Очаговые
4. Общеинфекционные

24. Назовите наиболее частые и грозные осложнения гнойного менингита:

1. Острый отек мозга с развитием дислокационного синдрома
2. Септический шок
3. Желудочно-кишечные расстройства

4. Острая надпочечниковая недостаточность (синдром Уотерхауза-Фридрехсена)

5. Развитие парезов, параличей

25. Назовите основные противопоказания для проведения люмбальной пункции:

1.

Признаки дислокационного синдрома (анизокория, смещение срединных структур по данным Эхо-ЭС)

2. Инфекционное поражение кожи и мягких тканей в области предполагаемого прокола

3. Признаки внутричерепной гипертензии

26. С препаратов какой группы начинают терапию бактериального менингита неустановленной этиологии?

1. Аминогликозиды

2. Цефалоспорины

3. Тетрациклины

4. Сульфаниламиды

27. В лечении синдрома Гийена – Барре применяют:

1. тромболизис

2. в-интерферон

3. плазмоферез

4. иммуноглобулины G

5. гормональные препараты

28. Признаками холинергического криза НЕ является:

1. тахикардия

2. Мидриаз

3. Миоз

4. Бронхорея

5. Диарея

29. При развитии холинергического криза рекомендуется:

1. прозерин

2. калимин

3. атропин

4. амиридин

30. Для бульбарных нарушений при миастении НЕ характерно

1. Нарушения глотания

2. Нарушение фокации

3. Сочетание слабости жевательных и мимических мышц
4. Раннее выпадение глоточного рефлекса

31. Миастенический криз это

1. Внезапное усиление всех симптомов заболевания
2. Внезапное падение из-за мышечной слабости
3. Активация мускариновых рецепторов
4. Активация никотиновых рецепторов

32. Для лечения миастении используют

1. Неселективные блокаторы Са каналов
2. Противосудорожные
3. Антихолинэстеразные
4. Нейролептики

33. Характерные клинические признаки эпидуральной гематомы:

1. нарушение сознания с светлым промежутком после травмы
2. перелом свода черепа на стороне гематомы
3. гомолатеральный мидриаз
4. контралатеральный гемипарез
5. брадикардия
6. верное всё перечисленное

34. Общемозговые симптомы при черепно-мозговой травме – это:

1. клинические признаки поражения ствола мозга
2. клинические признаки поражения больших полушарий
3. клинические признаки органического поражения головного мозга
4. явления нарушения сознания
5. симптомы внутричерепной гипертензии
6. симптомы внутричерепной гипотензии

35. Для клинической оценки тяжести состояния больных с черепно-мозговой травмой используется:

1. шкала Комы Глазго
2. шкала Оргогозо
3. шкала Ханта-Хесса
4. шкала Хен-Яра
5. шкала UPDRS
6. Скандинавская шкала

Контрольные задания и (или) вопросы для оценки сформированности компетенции ПК-4 (контролируемый индикатор

достижения компетенции ПК-4.1)

1. Какие данные необходимы для расчета структуры заболеваемости пациентов в стационаре?
2. К какому виду показателей относится показатель средней длительности пребывания больного в стационаре?
3. Что изучает статистика населения?
4. Назовите основные статистические методы изучения заболеваемости населения?
5. Какой показатель можно рассчитать при обработке данных сводной ведомости учета движения больных и коечного фонда по стационару?
6. Назовите основную учетную форму стационара, которая используется для расчета показателей деятельности стационара?
7. Какой закон является одним из основополагающих в статистике?
8. Какие бывают виды ошибок статистического наблюдения?
9. Для формирования отчета о контингентах больных, выбывших из стационара (отчетная форма №14) нужна учетная форма №....?
10. Какие данные есть в листке учета движения больных и коечного фонда стационара (ф. №007/у)?

Контрольные задания и (или) вопросы для оценки сформированности компетенции ПК-4(контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-4.2)

1. Какая учетная документация заполняется при госпитализации в стационар
 - 1) учетная форма № 025/у
 - 2) учетная форма № 066/у
 - 3) учетная форма № 003/у
 - 4) учетная форма № 007/у
 - 5) учетная форма № 001/у
2. Какую отчетную форму составляют больничные организации
 - 1) отчетная форма № 21
 - 2) отчетная форма № 33
 - 3) отчетная форма № 14
 - 4) отчетная форма № 30
 - 5) отчетная форма № 12
3. Использование документа, которого обязательно при статистической разработке заболеваемости:
 - 1) единая статистическая классификация болезней и случаев смерти.
 - 2) международная номенклатура заболеваний.
 - 3) международная классификация заболеваний и травм.

4) международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем.

5) статистическая классификация и номенклатура болезней и причин смерти.

4. Из перечисленных статистических документов используется для изучения заболеваемости по обращаемости:

- 1) талон амбулаторного пациента (ф. 025-12/у).
- 2) дневник работы врача общей практики (семейного врача) (ф. 039/у-ВОП).
- 3) медицинская карта амбулаторного больного (ф. 025/у-04).
- 4) талон на прием к врачу (ф. 024-4/у-88).
- 5) медицинская карта стационарного больного (ф. 003/у).

5. Назовите первичный статистический документ, на основании которого изучается смертность населения.

- 1) статистический талон регистрации случая смерти (ф.213/у).
- 2) протокол (карта) патологоанатомического исследования (ф.013/у).
- 3) статистическая карта выбывшего из стационара (ф.066/у-02).
- 4) сведения о лечебно-профилактическом учреждении (ф.30).
- 5) медицинское свидетельство о смерти (ф. 106/у-08).

6. Назовите отчетную статистическую форму, применяемую для анализа заболеваемости в поликлинике.

- 1) сведения о больных злокачественными новообразованиями (ф. 35).
- 2) сведения о заболеваниях активным туберкулезом (ф. 8).
- 3) сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения (ф. 12).
- 4) сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам (ф. 31).
- 5) сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам (ф. 32).

7. Укажите данные, необходимые для расчета уровня госпитализации.

- 1) число экстренных госпитализаций, общее число госпитализаций.
- 2) число поступивших в стационар, среднегодовая численность населения.
- 3) число поступивших в стационар, численность населения на конец года.

4) число поступивших в стационар, численность населения на начало года.

5) среднее число госпитализированных, число зарегистрированных больных за год.

8. Документ, содержащий требования к эпидемиологической безопасности при проведении инсулинотерапии больным сахарным диабетом

1) СанПиН

«Обеспечение эпидемиологической безопасности при оказании помощи пациентам, страдающим сахарным диабетом»;

2) методические рекомендации

«Обеспечение эпидемиологической безопасности при оказании помощи пациентам, страдающим сахарным диабетом», 2016 г.;

3) федеральный закон

«Обеспечение эпидемиологической безопасности при оказании помощи пациентам, страдающим сахарным диабетом»;

4) приказ Минздрава России

«Обеспечение эпидемиологической безопасности при оказании помощи пациентам, страдающим сахарным диабетом»;

5) федеральные клинические рекомендации

«Обеспечение эпидемиологической безопасности при оказании помощи пациентам, страдающим сахарным диабетом», 2016 г.

9. Из каких статистических отчетных форм берется информация для расчета показателя заболеваемости с впервые в жизни установленным диагнозом

1) отчетная форма № 2

2) отчетная форма № 12

3) отчетная форма № 14

4) отчетная форма № 30

5) отчетная форма № 33

10. Какая периодичность существует в представлении статистических отчетов

1) месячная

2) квартальная

3) полугодовая

4) годовая

5) еженедельная

Контрольные задания и (или) вопросы для оценки сформированности компетенции ПК-4(контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-4.3)

1. Статистика заболеваемости подразделяется на
 - 1) по результатам диспансеризации и периодических медицинских осмотров
 - 2) госпитальную и инфекционную
 - 3) амбулаторно-поликлиническую и профилактическую
 - 4) госпитальную и амбулаторно поликлиническую

2. Для анализа кадров медицинских работников медицинских организаций используется информация статистической отчетной формы
 - 1) 57
 - 2) 30
 - 3) 15
 - 4) 12

3. Установите правильную последовательность этапов анализа и оценки деятельности стационара
 - 1) вычисление и оценка основных показателей по использованию коечного фонда
 - 2) характеристика общих паспортных данных о больнице
 - 3) собеседование с главным врачом и общее знакомство с больницей
 - 4) расчет и оценка показателей по штатам учреждения
 - 5) выводы и предложения

4. История болезни, характеризующая состояние больного при поступлении и в динамике на протяжении всего его пребывания в стационаре
 - 1) «медицинская карта стационарного больного» (Форма 003/у)
 - 2) «сводная ведомость движения больных и коечного фонда по стационару, отделению и профилю коек стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении» (Форма 016/у-02)
 - 3) «журнал учета больных и отказов в госпитализации» (Форма 001/у)
 - 4) «листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении» (Форма 007/у-02)

5. Показатель рассчитываемый как соотношение числа врачей (физических лиц), работающих в медицинских организациях (чел. на 10

тыс. населения), к среднегодовой численности населения

- 1) обеспеченность населения врачами
- 2) нагрузка на одного врача
- 3) индекс эффективности труда
- 4) число случаев нетрудоспособности

6. Установить правильную последовательность содержания третьего этапа статистического исследования

- 1) шифровка
- 2) вычисление показателей
- 3) сводка (заполнение таблиц)
- 4) контроль документов
- 5) распределение по группам для подсчета

7. Для оценки сравнительного эффекта лечебного вмешательства, выраженного бинарным признаком, может использоваться такой показатель, как:

- 1) относительный риск;
- 2) отношение угроз (рисков);
- 3) отношение шансов;
- 4) разность абсолютных рисков;
- 5) разность средних.

8. Знания в области статистического анализа медицинских данных необходимы:

- 1) на этапе анализа данных;
- 2) на этапе планирования;
- 3) на этапе подготовки публикации;
- 4) на этапе сбора данных.

9. Предметом изучения медицинской статистики являются:

- а) выявление и установление влияния вредных факторов окружающей среды на состояние здоровья населения
- б) состояние здоровья населения
- в) разработка новых учетных и отчетных форм, согласно международных, федеральных и региональных требований
- г) достоверность учета и отчетности, результатов клинических и экспериментальных исследований
- д) все ответы правильные

10. Медицинская статистика - это:

- а) отрасль статистики, изучающая здоровье населения
- б) оценка состояния здоровья населения с использованием статистических методов
- в) отрасль статистики, изучающая вопросы, связанные с медициной, гигиеной, санитарией и здравоохранением
- г) анализ и прогнозирование заданных показателей здоровья населения
- д) анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений

Контрольные задания и (или) вопросы для оценки сформированности компетенции ПК-5(контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-5.1)

1 . В стационаре по штату положено 38 врачебных должностей, занято 35. Какой показатель можно рассчитать?

- 1) показатель совместительства
- 2) соотношение врачей и штатов
- 3) нагрузка врачей
- 4) характеристика штатов
- 5) укомплектованность штатов врачей стационара

2 . Методы руководства сотрудниками включают:

- 1) поддержание работоспособности персонала
- 2) аттестация
- 3) наставничество
- 4) денежное вознаграждение и поощрение
- 5) все ответы верны

3. Трудовая мотивация проявляется в следующих формах:

- а) улучшение сложившейся системы отношений в коллективе
- б) стремление реализовать призвание
- в) стремление реализовать внешние побуждения
- г) увеличение нагрузки

4 . Успешное руководство предполагает перечисленные умения руководителя, кроме:

- а) определение цели, перспектив, проблем
- б) выделение приоритетов
- в) организацию работы по достижению цели
- г) удовлетворение потребности управлять
- д) обеспечение мотивации сотрудников

5. Механизмы управления предполагают взаимодействие _____.

- 1) руководства и исполнителей
- 2) производственных и непроизводственных фондов
- 3) законов и нормативных документов
- 4) сметы и финансового плана учреждения

6. Взаимоотношения между врачом и медицинской сестрой должны быть основаны на:

- 1) взаимном уважении
- 2) субординации
- 3) четком выполнении своих обязанностей
- 4) соблюдении правил асептики и антисептики

7. Термин «деловая субординация» означает:

- 1) распоряжения старшего по должности являются обязательными для подчинённых
- 2) демократизм в отношении коллег

8 . Какой из перечисленных этапов является начальным в формировании резерва кадров:

- 1) изучение, оценка, отбор кандидатов в резерв
- 2) рассмотрение, согласование, утверждение состава резерва
- 3) определение потребности в руководителях (количественного и должностного состава резервов)

9. Функции управления включают:

- а) планирование
- б) организацию
- в) контроль
- г) мотивацию
- д) все вышеперечисленное
- е) все перечисленное не соответствует

10. Функциональные обязанности руководителя медицинской организации не включают:

- а) работу с кадрами медицинской организации
- б) определение цели и задач медицинской организации
- в) организацию деятельности подразделений
- г) осуществление внутренних и внешних коммуникативных связей
- д) контроль совместных и индивидуальных действий в медицинской организации

Контрольные задания и (или) вопросы для оценки сформированности компетенции ПК-5(контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-5.2)

1.Тактика руководителя, если сотрудник не может и не желает работать:

- 1) усилить мотивацию
- 2) способствовать подготовке и развитию
- 3) следует принять вызов, или уволить сотрудника

2. Социально-психологические методы управления здравоохранением подразумевают:

- а) организацию медицинских советов, комиссий по этике
- б) совокупность средств воздействия на коллектив с целью достижения долгосрочной, стратегической цели
- в) создание благоприятного морально-психологического климата в коллективе и предоставление возможности развития и реализации личных способностей работников
- г) все перечисленное верно

3.При принятии самостоятельного решения руководитель должен руководствоваться:

- 1) традициями
- 2) логическим мышлением
- 3) рациональным подходом
- 4) опытом работы

4. Современные требования к руководителю включают все, кроме:

- а) принципиальности
- б) высокого профессионализма
- в) организаторских способностей
- г) склонности к конкуренции
- д) высоких нравственных качеств

5 . Методы мотивации в управлении коллективом не включают:

- а) содержание и условия труда
- б) экономическое стимулирование
- в) состояние социально-психологического климата
- г) обучение, повышение квалификации
- д) конкуренцию

6. Созданию хорошего социально-психологического климата в коллективе не способствуют:

- а) четкая организация труда
- б) оптимальный подбор и расстановка кадров
- в) согласованность в руководстве
- г) низкая культура общения в коллективе

7. Какой стиль управления считается наиболее эффективным в современных условиях:

- а) авторитарный
- б) демократический
- в) либеральный

8 . Что является признаком бюрократического управления:

- а) отсутствие инициативы сотрудника, приоритета личных интересов
- б) блокирование предпринимательской деятельности
- в) управление в рамках четко разработанных правил и предписаний
- г) некомпетентность руководителя

9. Если сотрудник может, но не желает работать, ему требуется:

- 1) мотивация
- 2) подготовка и развитие
- 3) следует принять его вызов
- 4) следует его уволить

10. Оптимальным стилем управления считают:

- 1) авторитарный
- 2) формальный
- 3) демократический
- 4) динамический

Контрольные задания и (или) вопросы для оценки сформированности компетенции ПК-5(контролируемый индикатор достижения компетенции ПК-5.3)

1. Наиболее эффективный стиль руководства коллективом на этапе знакомства:

- 1) авторитарный
- 2) демократический
- 3) либеральный
- 4) демократический в сочетании с авторитарным
- 5) демократический в сочетании с либеральным

2. При принятии самостоятельного решения руководитель должен руководствоваться:

- 1) традициями
- 2) логическим мышлением
- 3) рациональным подходом
- 4) опытом работы

3. Перевод медсестры для замещения отсутствующего работника осуществляется в течение календарного года на срок не более:

- 1) двух недель
- 2) одного месяца
- 3) двух месяцев
- 4) трех месяцев

4 . Руководителю быть лидером в коллективе:

- 1) желательно
- 2) желательно в определенных условиях
- 3) не желательно

5. Средства профилактики конфликтных ситуаций:

- 1) недопущение спора
- 2) вступление в спор и выяснение ситуации
- 3) умение слушать
- 4) исключение суждений и оценок, ущемляющих человеческое достоинство собеседника

6 . Наиболее эффективный стиль руководства коллективом на этапе выработки концепции деятельности:

- 1) авторитарный
- 2) демократический
- 3) либеральный
- 4) демократический в сочетании с авторитарным
- 5) демократический в сочетании с либеральным

7. Наиболее эффективный стиль руководства на этапе повышенного напряжения развития коллектива:

- 1) авторитарный
- 2) демократический
- 3) либеральный
- 4) демократический в сочетании с авторитарным
- 5) демократический в сочетании с либеральным

8 . Делегирование полномочий - это передача подчиненным:

- 1) задач, ответственность за исполнение которых несет руководитель
- 2) прав по управлению с разделением ответственности
- 3) задач, прав и ответственности за принятые решения

9 . Сеткой управления называют:

- 1) двухразмерный подход к оценке эффективности руководства, учитывающий «заботу о людях» и «заботу о производстве»
- 2) график оптимального управления организацией, учитывающий контроль качества
- 3) систему управления организацией, утвержденную руководителем

10. Управленческая деятельность включает:

- 1) управление персоналом, организацию деятельности, регулирование и контроль
- 2) обеспечение технологического развития, регулирование и контроль
- 3) контроль технологии, выбор стратегии, регуляцию деятельности