



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета  
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Неврология, нейрохирургия»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия
Квалификация	Врач-педиатр
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра неврологии и нейрохирургии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
В.А. Жаднов	д.м.н., профессор,	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии
О.В. Евдокимова	К.м.н.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Доцент кафедры неврологии и нейрохирургии

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
С.Н. Трушин	Д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии
Е.А. Назаров	Д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и спортивной медицины

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Педиатрия  
Протокол № 11 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.  
Протокол № 10 от 27.06.2023г

**Фонды оценочных средств  
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)  
по итогам освоения дисциплины**

**1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости**

**Примеры заданий в тестовой форме**

1. Симптом, характерный для прогрессирующей мышечной дистрофии:
  1. Утомляемость ног при ходьбе
  2. Повышенные сухожильные рефлексy
  3. Пропульсии
  4. Расстройства чувствительности

**1**
2. Диагностический тест при миастении:
  1. Дофаминовая проба
  2. Прозериновая проба
  3. Ликворная проба
  4. Атропиновая проба

**2**
3. Симптом, характерный для невральной амиотрофии:
  1. Атрофии дистальных отделов ног
  2. Афазия
  3. Повышение сухожильных рефлексов
  4. Гиперкинезы

**1**
4. Синдром, характерный для бокового амиотрофического склероза:
  1. Эпиприпадки
  2. Амиотрофии с фибрилляциями и гиперрефлексией
  3. Центральные монопарезы
  4. Трофические язвы

**2**
5. Для синингомиелии характерно:
  1. Моторная афазия
  2. Мозжечковая атаксия
  3. Диссоциированное расстройство чувствительности
  4. Генерализованные гиперкинезы

**3**
6. К симптомам болезни Паркинсона не относится:
  1. Олигобрадикинезия
  2. Ритмический тремор покоя
  3. Парез конечностей
  4. Ригидность

**3**
7. В терапии болезни Паркинсона основными препаратами являются:
  1. Нейролептики
  2. Препараты леводопы
  3. Препараты, снижающие мышечный тонус
  4. Витамины

**2**
8. При болезни Вильсона-Коновалова не наблюдается:
  1. Кольца Кайзера-Флейшера
  2. Мозжечковая атаксия

3. Гиперкинезы
4. Повышение содержания меди в моче

2

9. Для хореи Гентингтона нехарактерно:

1. Аутосомно-доминантный тип наследования
2. Начало в детском возрасте
3. Гиперкинезы
4. Прогрессирующая деменция

2

10. При болезни Фридрейха не наблюдаются:

1. Деформации стоп
2. Атаксия
3. Бульбарный синдром
4. Нарушения глубокой чувствительности

3

#### **Критерии оценки тестового контроля:**

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий

#### **Примеры контрольных вопросов для собеседования и для контрольных работ**

##### **Тема: Общемозговые синдромы: менингеальный, синдром внутричерепной гипертензии. Исследование ликвора, ликворные синдромы.**

1. Причины внутричерепной гипертензии.
2. Механизмы внутричерепной гипертензии.
3. Клиническая характеристика внутричерепной гипертензии.
4. Офтальмоскопические признаки внутричерепной гипертензии.
5. Краниографические признаки внутричерепной гипертензии.
6. Тактика при первичной диагностике синдрома внутричерепной гипертензии.
7. Механизмы менингеального синдрома.
8. Причины менингеального синдрома.
9. Клинические признаки менингеального синдрома.
10. Дополнительные параклинические признаки менингеального синдрома.
11. Тактика при менингеальном синдроме.
12. Механизмы открытой гидроцефалии.
13. Клиническая характеристика открытой гидроцефалии.
14. Механизмы ликворной окклюзии.
15. Клиническая характеристика окклюзии отверстия Монро.
16. Клиническая характеристика окклюзии мозгового водопровода.
17. Клиническая характеристика окклюзии на уровне 4 мозгового желудочка.
18. Дополнительные методы исследования при гидроцефально-окклюзионном синдроме.
19. Тактика при гидроцефально-окклюзионном синдроме.
20. Нормальные показатели ликвора.
21. Характеристика окклюзионно-ликворного синдрома.
22. Характеристика геморрагического ликворного синдрома.

23. Причины окклюзионного ликворного синдрома.
24. Характеристика воспалительного ликворного синдрома. Варианты
25. Общие механизмы мозговых дислокационных синдромов.
26. Клиника височно-тенториального вклинения.
27. Клиника мозжечково-бульбарного вклинения.
28. Прямые и косвенные показания для поясничного ликворного диагностического прокола.
29. Техника и клиническое значение ликвородинамических проб.
30. Противопоказания для диагностического люмбального прокола.

#### **Критерии оценки при собеседовании:**

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

#### **Примеры ситуационных задач:**

<p><b>ЗАДАЧА 1</b></p> <p>Паралич всех мимических мышц справа: опущен угол рта, сглажена носогубная складка, рот перетянут влево, расширена глазная щель, не закрывается глаз (лагофтальм), симптом Белла. Жидкая пища вытекает из угла рта. Лоб не наморщивается справа. Слезотечение из правого глаза. «Дребезжание» в правом ухе. Вкус соли на передних 2/3 правой половины языка не воспринимается.</p> <p>Название расстройств. Локализация поражения.</p>	<p>Ответ: Периферический мимический парез справа. Гиперакузия справа. Агевзия справа.</p> <p>Поражение правого лицевого нерва в канале лицевого нерва выше стременного нерва.</p>
---	---

<b>ЗАДАЧА 2</b>	Ответ:
<p>Сила мышц правых руки и ноги умерено снижена, язык при высовывании отклоняется вправо, правый угол рта при попытке улыбки не отводится. Сухожильно-мышечные рефлексy правых руки и ноги выше, чем слева. Патологические рефлексy Бабинского, Россолимо, Гордона выявлены справа.</p> <p>Название расстройства. Вероятная локализация поражения.</p>	<p>1. Центральные правосторонний гемипарез. Поражение левой внутренней капсулы.</p>

**Критерии оценки при решении ситуационных задач:**

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

**2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

**Форма промежуточной аттестации в 8 семестре – зачет с оценкой**

**Порядок проведения промежуточной аттестации**

Зачет в 8 семестре проходит в форме устного опроса. Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 15 минут (I). Билет состоит из 4 вопросов (II), Критерии сдачи зачета (III):

Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.

Оценки «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, показавший при ответе знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях студента основных положений учебной дисциплины,

неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы билета.

**Фонды оценочных средств  
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций) для  
промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины  
«Неврология, нейрохирургия»**

ПК-5 - готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

1. Невралгия тройничного и языкоглоточного нервов
2. Бульбарный и псевдобульбарный синдромы
3. Дифференциальная диагностика поражения звукопроводящего и звуковоспринимающего аппарата
4. Дифференциальная диагностика атаксий
5. Патофизиология синдрома паркинсонизма
6. Виды гиперкинезов
7. Теория локализации функций в коре головного мозга
8. Количественные и качественные нарушения сознания
9. Синдром поражения плечевого сплетения
10. Синдромы поражения передних и задних корешков
11. Центральные и периферические нейрогенный мочевой пузырь
12. Механизмы повышения внутричерепного давления, медикаментозная коррекция
13. Периферическая вегетативная недостаточность
14. Синдром вегетативной дистонии
15. Дифференциальная диагностика миастении и миастенических синдромов.

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):**

Задания на установление правильной последовательности, взаимосвязанности действий, выяснения влияния различных факторов при развитии следующих патологических состояний:

1. Сила мышц правых руки и ноги умерено снижена, язык при высовывании отклоняется вправо, правый угол рта при попытке улыбки не отводится. Сухожильно-мышечные рефлексы правых руки и ноги выше, чем слева. Патологические рефлексы Бабинского, Россолимо, Гордона выявлены справа. Название расстройства. Вероятная локализация поражения. Ответ: Центральные правосторонний гемипарез. Поражение левой внутренней капсулы.

2. Резко снижена сила дистальных отделов ног. Установлена атрофия мышц голеней. Ахилловы и подошвенные рефлексы не вызываются. При ходьбе стопы «шлепают». Больной не может стоять на пятках. Назвать расстройство. Определить локализацию поражения. Ответ: Периферический парапарез ног. Поражение передних рогов серого вещества спинного мозга в поясничном утолщении

**3.** Обнаружено значительное снижение силы правых руки и ноги, установлена атрофия дельтовидной и двуглавой мышц. Биципитальный рефлекс справа не вызывается. Триципитальный, карпорадиальный, коленный и ахиллов рефлекс справа высокие. Кожные брюшные рефлексы справа отсутствуют. Рефлексы Бабинского и Оппенгейма справа. Назвать расстройства. Определить локализацию поражения. Ответ: Проксимальный периферический парез правой руки. Центральный бипарез справа. Поражение переднего рога и бокового канатика спинного мозга справа на уровне шейного утолщения

**4.** У пациента при умеренном снижении силы правой руки установлена атония и атрофия ее мышц, фибриллярные подергивания в слабых мышцах. Биципитальный, триципитальный и карпорадиальный рефлексы справа отсутствуют. Определить название расстройства. Установить локализацию поражения. Ответ: Периферический парез правой руки. Поражение передних рогов спинного мозга в правой половине на уровне шейного утолщения

**5.** Нет активных движения ног. Высокий тонус разгибателей в ногах. Коленные и ахилловы рефлексы высокие, клонусы надколенников и стоп. Обнаружены патологические рефлексы Бабинского и Россоломо с двух сторон. Нет чувствительности от паховых складок на боль, тепло, движения в суставах. Задержка мочи и стула. Описать неврологические расстройства и установить локализацию поражения. Ответ: Центральная парапарезия ног. Проводниковая тотальная параанестезия с уровня D12. Полное поперечное поражение спинного мозга на уровне D12 сегмента.

**6.** Значительное снижение силы и атрофия мышц левой кисти. Карпорадиальный рефлекс отсутствует. Нет болевой чувствительности на внутренней поверхности левого плеча и предплечья. Назовите синдромы и топический диагноз. Ответ: Периферический парез левой руки. Поверхностная анестезия в дерматомах C7-C8. Поражение нижней порции левого плечевого сплетения.

**7.** Значительная слабость ног. Тонус мышц бедер повышен по спастическому типу. Коленные и ахилловы рефлексы высокие. Средние и нижние брюшные рефлексы отсутствуют. Патологические стопные рефлексы с обеих сторон. Отсутствует поверхностная чувствительность с уровня пупка. Невозможность произвольного мочеиспускания и дефекации с возникновением необходимости катетеризации мочевого пузыря. Установить название неврологических расстройств. Установить топический диагноз. Ответ: Глубокий центральный парапарез ног. Проводниковая поверхностная анестезия с уровня D10. Центральный нейрогенный мочевой пузырь. Поперечное поражение боковых канатиков спинного мозга на уровне D10.

**8.** Неврологические моторные, сенсорные, координаторные, автономные расстройства при поражении верхнешейного, нижнешейного, грудного, поясничного, крестцового отделов спинного мозга. Ответ: Верхнешейный – центральный тетрапарез, проводниковая тотальная анестезия с уровня шейных дерматомов. Нижнешейный – периферический парапарез рук, центральный парапарез ног, проводниковая билатеральная тотальная анестезия с C5. Грудной – Центральный парапарез ног, проводниковая тотальная параанестезия с уровня грудного дерматома.

**9.** Описание неврологических расстройств при поражении левой внутренней капсулы. Ответ: Центральный правосторонний гемипарез, тотальная проводниковая гемиянестезия, центральная гемипарезия справа, динамическая атаксия справа.

**10.** Опишите кисть при поражении локтевого, лучевого и срединного нервов. Ответ: Локтевой нерв – «когтистая лапа», лучевой нерв – «висящая кисть», срединный нерв – «обезьянья кисть»

**11.** Боль по передней поверхности правой ноги сопровождается снижением силы в разгибателях голени. Установлена атония и атрофия четырехглавой мышцы правого бедра. Нет правого коленного рефлекса. Болевая и температурная гипестезия на передней поверхности бедра, колена и переднезадней поверхности голени справа. Установить



название расстройства и локализацию поражения. Ответ: Парез разгибателей правой голени. Поверхностная гипестезия в зоне L2-L4 справа. Поражение правого поясничного сплетения

**12.** Интенсивная жгучая боль по задненаружной поверхности левой голени и во всей голени. Походка «шлепающая», левая стопа не разгибается и приведена. Нет левого ахиллова рефлекса. Болевая и температурная гипестезия на задненаружной поверхности голени и на всей стопе. Симптом Ласега. Как называются неврологические расстройства. Установить локализацию поражения. Ответ: Периферический дистальный парез правой ноги. Поражение правого седалищного нерва

**13.** Названия расстройств при разрушении конуса спинного мозга. Ответ: Периферический нейрогенный мочевой пузырь. Анестезия промежности

**14.** Назвать неврологические расстройства при поражении левого бокового канатика спинного мозга на уровне 5-го грудного позвонка. Ответ: Центральный парез левой ноги. Проводниковая поверхностная анестезия справа с уровня D9. Проводниковая глубокая анестезия слева с уровня D7.

**15.** Периферический паралич рук и центральный ног. Установить топический диагноз. Ответ: Поражение передних рогов серого вещества спинного мозга и боковых канатиков на уровне шейного утолщения

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):**

- 1) Защита истории болезни.
- 2) Решение клинических задач.

**1.** Общий судорожный припадок начинается с поворота головы и глаз вправо. Название расстройства. Установить локализацию поражения.

**2.** Кратковременное ощущение неприятных запахов: горелого мяса, тухлых яиц. Название расстройства. Локализация поражения.

**3.** Периодически возникают подергивания правой руки и мышц правой половины лица в течение 15-20 секунд, не сопровождающиеся потерей сознания. Определить локализацию поражения. Как называются подергивания?

**4.** Диплопия, частичный птоз и расширение правого зрачка. Правое глазное яблоко отведено кнаружи, ограничены движения его внутрь, вверх и вниз. Отсутствуют активные движения левых конечностей, повышен тонус мышц сгибателей предплечья и разгибателей голени. Сухожильные и надкостничные рефлексы выше слева, чем справа. Вызывается патологический рефлекс Бабинского и кистевой рефлекс Россолимо слева. Как называется расстройство? Установить топический диагноз.

**5.** Наблюдается уклонение языка влево, атрофия мышц левой его половины, центральный паралич правых конечностей. Название синдрома. Определить топический диагноз.

6. Больной эйфоричен, не оценивает своего состояния; дурашлив, память ослаблена, склонен к плоским остроумам; неопрятен, лишен самоконтроля. Выявляются рефлексы орального автоматизма, хватательные рефлексы, симптомы противодержания. Определить название расстройства и топический диагноз.

7. У правши отмечены астереогнозия, апраксия, акалькулия, алексия. Установить топический диагноз.

8. Битемпоральная гетеронимная гемианопсия. Диски зрительных нервов бледные. Определить локализацию поражения.

9. Походка мелкими шажками, туловище наклонено вперед, руки и ноги полусогнуты. Лицо маскообразное. Речь монотонная, тихая, затухающая. Наблюдается стереотипный тремор пальцев рук типа «скатывания пилюль». Тонус мышц конечностей повышен в сгибателях и разгибателях рук и ног по типу «стиральной доски». Установить название расстройства и топический диагноз

10. Наблюдаются быстрые, аритмичные, произвольные движения конечностей и туловища. Ребенок гримасничает, чмокает, произвольно высовывает язык. Тонус мышц рук и ног снижен. Определить название расстройства и топический диагноз.

11. Не способен самостоятельно одеться, не может пользоваться посудой, самостоятельно есть и элементарно обслуживать себя. Больного одевают, кормят. Как называется расстройство? Установить топический диагноз.

12. Обнаружен горизонтальный нистагм при отведении глазных яблок в стороны, грубее вправо. Походка шаткая. Больной ходит, широко расставляя ноги, пошатывание усиливается при поворотах, особенно вправо. При пробе Ромберга уклоняется в правую сторону. Дрожание при выполнении направленных движений правыми рукой и ногой. Несоразмерность ритмичных движений с избыточной амплитудой справа. Изменился почерк и стал крупным, размашистым. Снижен тонус мышц правой руки и ноги. Чувствительность всех видов сохранена. Слабости мышц нет. Назвать расстройство. Обосновать топический диагноз.

ПК-6 - способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

- 1) Геморрагический инсульт, классификация, общие особенности течения и диагностики. Паренхиматозное кровоизлияние. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, показания к хирургическому лечению, профилактика.
- 2) Субарахноидальное кровоизлияние. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
- 3) Ишемический инсульт. Кардиогенные и атеросклеротические эмболии мозговых сосудов. Тромбоз правой задней нижней мозжечковой артерии. Диагностика, лечение, профилактика.
- 4) Эмболические инфаркты мозга. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
- 5) Дисциркуляторная энцефалопатия. Клиника, диагностика, лечение. Синдромологические особенности стадий развития.
- 6) Головные и лицевые боли.
- 7) Классификация головных болей. Патогенез головной боли. Обследование пациентов с головной болью.
- 8) Мигрень: классификация, патогенез, клинические формы, течение, диагноз. Лечение приступа мигрени. Профилактика приступов мигрени.
- 9) Пучковая головная боль: клиника, диагностика, лечение. Головная боль напряжения: патогенез, диагностика, лечение.
- 10) Невралгия тройничного нерва: клиника, лечение. Лицевые симпаталгии. Лицевые миофасциальные синдромы. Синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.
- 11) Вирусные менингиты и менингоэнцефалиты. Формы. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
- 12) Вторичные энцефалиты: гриппозный, коревой, сыпнотифозный.
- 13) Вторичный гнойный менингит. Клинические формы. Этиология, классификация, клиника, лечение.
- 14) Менингококковая инфекция. Менингококковый менингит. Этиология, клиника, диагностика, течение, формы, лечение, профилактика.
- 15) Серозные менингиты, общая характеристика. Туберкулезный и вирусный менингиты.
- 16) Полиомиелит, особенности современного течения полиомиелита, полиомиелитоподобные заболевания. Абсцесс мозга, спинальный эпидуральный абсцесс.
- 17) Поперечный миелит. Этиология, патогенез, клиническая характеристика и синдромология, осложнения, принципы лечения.
- 18) Поражение нервной системы при герпетической инфекции. Герпетический энцефалит.
- 19) Параинфекционные энцефалиты при кори, ветряной оспе, краснухе.
- 20) Поствакцинальные энцефалиты и энцефаломиелиты. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
- 21) Туберкулезный менингит, патогенез, синдромология и течение, особенности диагностики, лечение, прогноз.
- 22) Абсцесс мозга, спинальный эпидуральный абсцесс.
- 23) Рассеянный склероз. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, типы течения, лечение.
- 24) Острый рассеянный энцефаломиелит: клиника, диагностика, лечение.
- 25) Классификация заболеваний периферической нервной системы.
- 26) Поясничная остеохондроз. Рефлекторные и компрессионные синдромы.
- 27) Вертеброгенная радикулопатия S1 и L5. Патогенез, клиника, лечение.
- 28) Нейропатии лучевого, срединного и локтевого нервов.
- 29) Нейропатия лицевого нерва. Этиология, патогенез, клиника, течение, лечение.
- 30) Нейропатии малоберцового, большеберцового нервов. Туннельные синдромы, консервативная терапия и показания к хирургическому лечению.

- 31) Нейропатия седалищного нерва. Механизм, синдромология, лечение.
- 32) Острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия Гийена-Барре. Клиника, диагностика, течение, лечение.
- 33) Классификация эпилепсии и эпилептических припадков. Общие и парциальные припадки.
- 34) Височная эпилепсия. Кожевниковская эпилепсия. Принципы лечения.
- 35) Пароксизмальные расстройства сознания - эпилепсия и обмороки. Дифференциальная диагностика.
- 36) Этиология и патогенез эпилепсии и эпилептических синдромов. Лечение эпилепсии. Эпилептический статус: клиника, патогенез, лечение.
- 37) Неврогенные обмороки - классификация, патогенез, диагностика, лечение, профилактика.
- 38) Неврозы: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
- 39) Синдром вегетативной дистонии.
- 40) Опухоли головного мозга: классификация, клиника, диагностика; суб- и супратенториальные опухоли, особенности течения.
- 41) Аденомы гипофиза. Клиника, диагностика.
- 42) Опухоли задней черепной ямки.
- 43) Опухоли спинного мозга: клиника, диагностика; экстра- и интрамедуллярные опухоли спинного мозга. Методы диагностики.
- 44) Классификация закрытой черепно-мозговой травмы. Легкая, средняя и тяжелая черепно-мозговая травма.
- 45) Сотрясение головного мозга.
- 46) Ушибы головного мозга.
- 47) Внутрочерепные травматические гематомы. Врачебная тактика.
- 48) Последствия черепно-мозговой травмы.
- 49) Травма спинного мозга: патогенез, клиника, диагностика, врачебная тактика. Реабилитация больных со спинальной травмой.
- 50) Детский церебральный паралич.
- 51) Родовое травматическое поражение плечевого сплетения: клиника, диагностика, лечение.

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):**

Задания на установление правильной последовательности, взаимосвязанности действий, выяснения влияния различных факторов при развитии следующих психопатологических состояний:

**Защита истории болезни.**

**План клинического исследования больного и методика составления истории болезни в клинике нервных болезней**

**Паспортная часть**

Фамилия, имя, отчество. Возраст. Профессия. Семейное положение. Место жительства. Дата поступления в клинику.

**Жалобы**

Отмечаются жалобы с их подробной характеристикой. 1. При болях указывается их характер, локализация, длительность, интенсивность, динамика, причины возникновения и усиления, факторы облегчения, сопровождающие расстройства. 2. При ослабленности движений в конечностях описывается локализация, выраженность этих расстройств, динамика, сопровождающие расстройства. 3. При жалобах на приступы подробно

описывается их характер, длительность, состояние сознания, пред- и послеприступный периоды, причины возникновения и прекращения, двигательные, чувствительные, вегетативные расстройства со слов пациента и свидетелей. 4. При чувствительных расстройствах описывают характер, локализацию, интенсивность, динамику, сопровождающие нарушения.

### **История заболевания**

Отмечается дата начала заболевания, примерное время, когда возникли факторы, предшествующие или сопутствующие заболеванию. Возможно отметить, с чем больной связывает возникновение заболевания: травма головы, тела, заболевания - грипп, ангина и др., физическое и умственное перенапряжение, -психические травмы, интоксикации и др. Описывают симптомы болезни. Подробно описывают развитие и течение заболевания, длительность и причины периодов ухудшения. Отмечают последовательность изменения нарушений. Факторы, ухудшающие течение болезни или способствующие состояниям. Изменение работоспособности во время болезни. Представляют результаты исследований до помещения в клинику в хронологическом изложении, прежде установленные диагнозы. Описывают последовательность и эффективность лечебных мероприятий. История болезни описывается исследующим до момента курации.

### **История жизни**

Место рождения. Развитие в раннем детстве. Перенесенные детские болезни. Образование. Условия работы, бытовые условия. Интоксикации (курение, алкоголь, наркотики). Время начала месячных, беременность, роды, аборт, выкидыши. Состав и здоровье членов семьи, взаимоотношения в семье.

Перенесенные заболеваний. Характер травмы и длительность посттравматических расстройств. Перенесенные операции, анестезиологические пособия. Умственные, физические и эмоциональные перенапряжения. Непереносимость лекарств, пищевых продуктов, производственных факторов, описание реакций на них. Хронические и наследственные заболевания у ближайших родственников. Родословная.

### **Общее состояние**

Положение больного в момент обследования. Общий вид, телосложение, питание, вес и рост. Кожа: окраска, рубцы, внутрикожные и подкожные образования. Состояние волос, ногтей, слизистых оболочек. Состояние полости рта. Лимфатические узлы. Деформации позвоночника (кифоз, лордоз, сколиоз). Подвижность различных отделов позвоночника, болезненность при нагрузке, болезненность остистых отростков при перкуссии. Форма черепа, перкуссия черепа. Деформация суставов, контрактуры, анкилозы. Развитие мышечной системы. Эндокринное состояние. Развитие вторичных половых признаков.

Легкие - данные перкуссии и аускультации.

Сердце - данные перкуссии и аускультации. Пульс, его характеристика. Артериальное давление.

Органы пищеварения, печень и селезенка.

Тазовые органы - задержка, недержание мочи и кала, императивные позывы и т.д.

### **Неврологическое состояние**

Сознание: ориентировка в месте и времени, способность к контакту. Настроение. Поведение при обследовании, отношение к своему заболеванию. Память. Бредовые идеи. Обманы восприятия. Состояние интеллекта.

### **Менингеальные симптомы**

Ригидность мышц затылка, симптом Кернига, симптомы Брудзинского.

### **Черепно-мозговые нервы**

*Обонятельный нерв.* Обоняние: сохранено, снижено, утрачено. Наличие обонятельных галлюцинаций. Исследовать обоняние с помощью не раздражающих пахучих веществ, отдельно справа и слева.

*Зрительный нерв.* Острота зрения с коррекцией и без коррекции. Цветовосприятие. Поля зрения. Состояние глазного дна.

*Глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы.* Ширина и равномерность глазных щелей. Объем движений глазных яблок в стороны, вверх, вниз. Наличие сходящегося косоглазия. Диплопия. Парезы и параличи взора.

*Зрачки* - форма, величина (миоз, мидриаз); равномерность. Реакция зрачков на свет (прямая, содружественная), на конвергенцию и аккомодацию.

*Тройничный нерв.* Болезненность давления на точки выхода ветвей тройничного нерва (надглазничная, подглазничная и подбородочная). Боли и парестезии в лице. Болевая, температурная, тактильная чувствительность кожи лица, слизистой рта, носа, языка (сохранена, снижена, утрачена, извращена - гипералгия). Описать границы расстройства чувствительности на лице (зоны 1, 2, 3 ветвей, сегментарные зоны Зельдера). Вкус на передних двух третях языка. Жевательная мускулатура (выраженность, напряжение, атрофии). Объем движения нижней челюсти. Роговичный, конъюнктивальный, носовой, нижнечелюстной рефлекс (сохранены, снижены, отсутствуют, равномерность).

*Лицевой нерв.* Состояние мимической мускулатуры - выраженность и равномерность лобных и носогубных складок, расположение углов рта в покое и при заданных движениях (наморщивание лба, зажмуривание глаз, нахмуривание бровей, надувание щек, оскаливание зубов). Слезотечение, сухость глаз.

*Слуховой нерв.* Острота слуха на разговорную и шепотную речь в отдельности на каждое ухо. Шум в ушах, головокружение. Нистагм.

*Языкоглоточный и блуждающий нервы.* Глотание - поперхивание при еде, попадание жидкой пищи в нос). Звучность голоса - нормальная, ослаблена, афония. Подвижность мягкого нёба - достаточная, ослаблена, с какой стороны. Вкус на задней трети языка - нормальный, ослаблен, отсутствует. Саливация. Небный, глоточный рефлекс, их живость, равномерность.

*Добавочный нерв.* Внешний вид грудино-ключично-сосцевидных и трапециевидных мышц - нормальный, атрофии, с какой стороны, степень. Объем активных движений при поворотах головы, при поднимании надплечий, при сближении лопаток.

*Подъязычный нерв.* Вид языка: атрофии, фибриллярные подергивания (с какой стороны). Положение языка при высовывании – по средней линии, отклонение в сторону. Объем активных движений языка в стороны, вверх, вниз. Четкость и ясность произношения - нормальное, дизартрия, анартрия.

## **Двигательная сфера**

Осмотр мускулатуры конечностей и туловища. Наличие атрофии или гипертрофии - указать, каких мышц, степень атрофии, провести данные измерений сантиметровой лентой окружности конечностей (плечо, предплечье, бедро, голень). Фибриллярные- и фасцикулярные подергивания (есть или нет, их локализация).

Активные движения. Объем активных движений в суставах конечностей. При ограничении движений указать, в каких суставах и степень ограничения. Мышечная сила. Проба Барре (верхняя и нижняя).

Пассивные движения возможны в полном объеме или ограничены. Указать степень ограничения (в градусах). Наличие тугоподвижности в суставах. Контрактуры. Состояние мышечного тонуса (определяется во время пассивных движений и при ощупывании мышц): нормальный, снижен, повышен. Характер повышения мышечного тонуса (но

пирамидному или экстрапирамидному типу). Наличие феномена «зубчатого колеса». Синкинезии. Механическая возбудимость мышц.

Непроизвольные движения (гиперкинезы): дрожание, хорей, атетоз, хореоатетоз, судороги, тики, торсионный спазм, миоклонии. При описании гиперкинезов отмечать их амплитуду, темп, ритм, стереотипность или разнообразие, постоянство (постоянные, только в покое или при движениях). Гипокинезия.

Координация движений: пальценосовая и пяточно-коленная пробы - точные, с промахиванием, с интенционным тремором. Гиперметрия, адиадохокинез. Устойчивость в положении Ромберга. Проба сочетанного сгибания туловища и бедра (проба Бабинского). Скандированная речь.

Походка больного: нормальная, спастическая, паретическая, гемиплегическая, атактическая (с открытыми и закрытыми глазами), спастико-атактическая, «петушиная», «утиная», манерно-вычурная и др.

### **Рефлекторная сфера**

Глубокие (сухожильные и периостальные рефлексы) - лучезапястный, сухожилия бицепса, трицепса, коленные, ахилловы. Указать степень выраженности (высокие, нормальной амплитуды, снижены, отсутствуют), равномерность. Кожные рефлексы - брюшные, подошвенные - степень их (живые, снижены, отсутствуют), равномерность. Патологические стопные рефлексы Бакинського, Оппенгейма, Гордона, Шеффера, Чаддока, Россолимо, Бехтерева, Жуковского: отсутствуют, имеются, с какой стороны, их выраженность, Клонусы стоп и коленных чашек. Патологические рефлексы на руках: Якобсон-Бехтерева, Бехтерева, Тремнера. Хватательный рефлекс. Защитные рефлексы сгибательные, автоматизмы, если имеются, то на какой - стороне, их характер, уровень, с которых они вызываются. Рефлексы орального автоматизма — Аствацатурова, Маринеску-Родовичи, хоботковый.

### **Чувствительная сфера**

Боли (местные, проекционные, иррадирующие, их характер). Парестезии, описать их характер, степень, локализацию. Болезненность при надавливании на нервные стволы, если имеется, то указать в каких точках, и степень ее). Симптомы натяжения седалищного нерва (Лассега, Нери, посадки), бедренного нерва (Вассермана, Мацкевича). Анталгические позы больного. Анталгический сколиоз.

Поверхностная чувствительность (тактильная, болевая, температурная). При нарушении поверхностной чувствительности указать, на каких участках кожи отмечены изменения, какого характера (гипестезия, анестезия). Глубокая чувствительность - мышечно-суставное чувство, вибрационная чувствительность. При описании мышечно-суставного чувства указать, в каких суставах и в какой степени оно расстроено. Двумерно-пространственное чувство, дискриминация, чувство локализации. Типы расстройств чувствительности: периферический, корешковый, сегментарный, проводниковый, центральный (гемитип).

### **Расстройства корковых функций (афазия, апраксия, агнозия).**

При наличии афазии производится более подробное исследование для выявления типа речевого нарушения: понимание обращенной к исследуемому устной речи, оценка правильности речи больного (свобода речи, запас слов, парафазии, понимание написанного), письмо активное, под диктовку, копирование, называние на память предметов (амнестическая афазия). Апраксия, Агнозия.

### **Вегетативная нервная система**

Местные изменения кожи, пигментации, трофика, температура кожи. Акроцианоз, мраморность кожи. Дермографизм, выраженность, стойкость. Потоотделение - нормальное, повышено, понижено. Глазосердечный рефлекс Ашнера. Ортоклиностагическая проба. Симптом Горнера. Экзофтальм.

## **Формулировка клинических синдромов**

### **Топический диагноз**

**Обоснование предварительного клинического диагноза.** На основании причины заболевания, механизма развития заболевания, клинически установленного описания локализации и характера патологического процесса – топического диагноза обосновывается клиническая форма заболевания - предварительный клинический диагноз.

### **Дифференциальный диагноз**

Перечисляются заболевания, сходные по критериям диагностики. Приводится план клинического исследования.

### **Заключительный клинический диагноз**

**Этиология и патогенез заболевания. План лечения**

Прогноз.

### **Эпикриз**

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть»** (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

1) Решение клинических задач

Задача 1. Больная 19 лет. В течение последнего года после длительного зрительного напряжения отметила опускание век. Спустя несколько месяцев появились быстрая утомляемость в мышцах рук, особенно при поднятии их вверх, утомляемость в ногах, не могла подниматься по лестнице, во время ходьбы часто отдыхала. При поступлении состояние удовлетворительное, соматической патологии не выявлено. В неврологическом статусе менингеальных симптомов нет, выявляется мышечная слабость даже при небольшой физической нагрузке (не может несколько раз зажмурить глаза, устает при жевании, с трудом поднимается по лестнице). После физической нагрузки отмечаются мышечная гипотония, угнетение сухожильных рефлексов. Через 15 мин после введения 1,0 мл прозерина больная активна, выполняет любую нагрузку, свободно встает и ходит. При ритмической стимуляционной ЭМГ срединного нерва с частотой импульсов 50 в сек выявляется прогрессирующее снижение амплитуды осцилляций во всех мышечных группах, что более отчетливо видно при компьютерной обработке кривых. Отмечено снижение амплитуды М-ответа на 56% после ритмичной стимуляции.

Вопросы. 1. Формулировка диагноза. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Тактика.

Задача 2. У ребенка через 2 года после рождения появилась и прогрессирует слабость мышц; вначале движения ограничены в ногах, затем в туловище. Слабость симметрично и постепенно охватывает мышцы плечевого пояса, верхних конечностей, шеи. Характерна «лягушачья поза» (ноги разведены и ротированы наружу). Вследствие гипотонии и атрофии мышц развивается синдром «вялого ребенка». Отмечаются фасцикуляции в мышцах конечностей. Экскурсия дыхательных мышц уменьшена. Сухожильные и периостальные рефлексы снижены. На ЭМГ - «ритм частотола». Уровень КФК - нормальный.

Вопросы. 1. Формулировка диагноза. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Тактика.



Задача 3. Мужчина, 50 лет, предъявляет жалобы на изменения голоса, затруднения при глотании, слабость в конечностях. Считает себя больным в течение года, когда впервые появились осиплость голоса и затруднения при глотании. Эти расстройства постепенно нарастали, в последние шесть месяцев к ним присоединилась слабость в конечностях. При обследовании: дисфагия, дисфония, дизартрия, мягкое небо свисает с обеих сторон, подвижность дужек мягкого неба при фонации ослаблена, глоточные рефлексy снижены. Гипотрофия мышц языка, фибрилляции в языке. Гипотрофии мышц верхних и нижних конечностей, фасцикуляции в них, сила в конечностях снижена до 4-х баллов, сухожильные рефлексy оживлены, симптом Бабинского с двух сторон. Других неврологических нарушений нет.

Вопросы. 1. Формулировка диагноза. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Тактика.

Задача 4. Больная 38 лет обратилась в клинику нервных болезней с жалобами на безболевыe ранения пальцев кистей, длительно сохраняющиеся трофические нарушения, изменения цвета ногтей, их повышенную ломкость. Последние 1,5-2 года отмечается похудание мышц кистей, незначительная слабость в них. При осмотре: состояние удовлетворительное, черты дизрафического статуса в виде очень низкого роста, короткой шеи, добавочных шейных ребер, высокого твердого неба. В неврологическом статусе: общемозговой и менингеальной симптоматики нет. Со стороны черепных нервов без патологии. Снижение мышечной силы в кистях до 4,0 баллов. Рефлексy с двуглавой и трехглавой мышц обычной живости, равномерные. Сегментарные нарушения поверхностной чувствительности на уровне С4 - С8. Нарушений глубокой чувствительности не выявляется. На МРТ отмечается расширение центрального канала спинного мозга, уменьшение высоты межпозвонковых дисков на шейном уровне, уплощение шейного лордоза.

Вопросы. 1. Формулировка диагноза. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Тактика.

Задача 5. В., 17 лет. Жалобы на онемение надплечий и левого плеча, длительно не рубцующийся ожог области правой лопатки, похудание рук. Снижена болевая и температурная чувствительность левой половины лица, надплечий с обеих сторон и левой руки. Суставно-мышечное чувство сохранено. Рубцы на коже левого плеча от якобы ожогов при прикосновении к батарее водяного отопления. Сила мышц сохранена. Сухожильные рефлексy ног равномерно повышены. Патологические стопные знаки. Деформация левых лучезапястного и локтевого суставов.

Вопросы. 1. Формулировка диагноза. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Тактика.

Задача 6. Больная 55 лет. Считает себя больной в течение двух лет, когда появились пошатывание при ходьбе, затруднение походки, тихий голос, невозможность быстро повернуться во время ходьбы. При поступлении состояние удовлетворительное, походка замедленная, выявляются ахейрокинез, олиго- и брадикинезии, гипомимия, редкое мигание, немодулированный тихий голос, повышение мышечного тонуса по типу «эластичного жгута». Парезов нет, сухожильные и периостальные рефлексy симметричны, расстройств чувствительности нет, интеллект сохранен. Анализы крови и мочи в пределах нормы. Глазное дно без патологии. Рентгенография шейного отдела позвоночника выявила умеренные явления остеохондроза. МРТ головного мозга - без патологических изменений.

Вопросы. 1. Формулировка диагноза. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Тактика.

Задача 7. С., 32 лет. Заболел исподволь около трех лет назад, когда начали дрожать руки и постепенно присоединилась скованность движений. Медленно расстройства нарастали. Установлено, что 4 года назад перенес тяжелый «грипп», сопровождавшийся

головной болью, значительной сонливостью, двоением окружающих предметов, небольшим повышением температуры, потливостью и общей слабостью. Болел около недели. Вылечился сам. Патологии внутренних органов патологии не выявлено. Безразличие к окружающему, вязкое мышление. Лицо одутловатое, маскообразно, «сальное». Зрачки правильные симметричные. Фотореакции симметричны, реакция на аккомодацию отсутствует. Диски зрительных нервов розовые, границы четкие. Взор фиксирован. Редкое моргание. Модуляции речи отсутствуют, речь медленная, монотонная, затухающая. Гиперсаливация. Туловище наклонено вперед, поза «согбенная». Ахейрокинез. Походка мелкими шагами, шаркающая. Пропульсия. Сила мышц рук и ног достаточная, но движения замедленные. Тонус мышц конечностей повышен равномерно и диффузно, феномен «стиральной доски». Кожные, сухожильные рефлексы равномерные симметричные. Стереотипный ритмичный тремор пальцев рук типа счета монет. Может ненадолго сдерживать тремор при отвлечении. При любом напряжении дрожание нарастает. Анализы крови, и мочи, ликвора патологии не установили. Специфические реакции на сифилис и туберкулез отрицательные.

Вопросы. 1. Формулировка диагноза. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Тактика.

Задача 8. У больного в возрасте 35 лет появилось дрожание рук, а затем и ног, которое постепенно нарастает. При выполнении произвольных движений дрожание усиливается, в состоянии покоя - уменьшается, вплоть до полного отсутствия. Через несколько лет гиперкинез распространился на мышцы лица, на мышцы, участвующие в речевом акте, и речь стала сканированной и дрожащей. Кроме указанных симптомов у пациента имеется атаксия, дискоординация, нистагм, мышечная дистония, пигментация зеленовато-бурого цвета по наружному краю радужки (кольцо Кайзера-Флейшера). Лабораторные исследования: в сыворотке крови снижение содержания церуллоплазмина (ниже 10 ЕД, при норме 25-45 ЕД), гиперкупрурия (до 1.000 мкг/сут, при норме 150 мкг/сут); гипераминоцидурия (до 1.000 мг/сут, при норме 350 мг/сут). Изменение печеночных проб. На МРТ - расширение желудочков головного мозга и атрофия коры.

Вопросы. 1. Формулировка диагноза. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Тактика.

Задача 9. Мать привезла в поликлинику сына 13 лет с жалобами на подёргивания в руках, судороги в мышцах туловища. Заболел около 2х лет назад. Сначала появилась замедленность движений, затем подёргивания в руках, судороги в мышцах туловища, в дальнейшем - расстройство речи. Заболевание быстро прогрессировало. Учиться стал значительно хуже, с трудом окончил 5 классов, дальше учиться не смог. Родители здоровы, в их семьях аналогичных заболеваний не было. Объективно: признаки цирроза печени, селезёнка несколько увеличена. Неврологически: речь дизартрична, тонус мышц повышен по пластическому типу. На фоне мышечной гипертонии отмечается гиперкинез в руках хореоатетодного типа, в мышцах туловища - торсионного характера. Гиперкинезы неритмичные, усиливаются при активных движениях, уменьшаются в покое, исчезают во время сна. Со стороны психики - снижение интеллекта.

Вопросы. 1. Формулировка диагноза. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Тактика.

Задача 10. Мальчик 7 лет, обратился с жалобами на частые «моргания» и «покашливания». Эти явления он может некоторое время сдерживать, но они усиливаются при волнении, фиксации внимания больного на нем, полностью исчезая во сне. В последнее время также стал плохо засыпать, часто просыпается по ночам, днем капризный, быстро утомляется. Из анамнеза: мальчик болен около полугода, после развода родителей. В течение заболевания отмечаются периоды ремиссии и ухудшения. При осмотре: Общемозговой и менингеальной симптоматики нет. ЧМН - Объем движений глазных яблок полный. Фотореакции сохранены. Нистагма нет. Лицо симметрично. Отмечаются

сменяющие друг друга подергивания мимических мышц лица в виде «моргания», наморщивания носа, облизывания губ, а также частые шумные «вздохи», «покашливания», пожимания плечами. Мышечный тонус несколько снижен. Сухожильные рефлексы симметричны, диффузно оживлены. Сила достаточная. Координация и чувствительность не нарушены. При обследовании: клинический минимум без патологии, по ЭЭГ – изменения общемозгового характера, эпилептиформной активности не выявлено, КТ головного мозга - патологических изменений в костях и полости черепа не обнаружено.

Вопросы. 1. Формулировка диагноза. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Тактика.

ПК-8 - способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

- 1) Абсцесс мозга, спинальный эпидуральный абсцесс.
- 2) Поясничный остеохондроз. Рефлекторные и компрессионные синдромы.
- 3) Вертеброгенная радикулопатия S1 и L5. Патогенез, клиника, лечение.
- 4) Нейропатии лучевого, срединного и локтевого нервов.
- 5) Нейропатия лицевого нерва. Этиология, патогенез, клиника, течение, лечение.
- 6) Нейропатии малоберцового, большеберцового нервов. Туннельные синдромы, консервативная терапия и показания к хирургическому лечению.
- 7) Нейропатия седалищного нерва. Механизм, синдромология, лечение.
- 8) Острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия Гийена-Барре. Клиника, диагностика, течение, лечение.
- 9) Классификация эпилепсии и эпилептических припадков. Общие и парциальные припадки.
- 10) Височная эпилепсия. Кожевниковская эпилепсия. Принципы лечения.
- 11) Пароксизмальные расстройства сознания - эпилепсия и обмороки. Дифференциальная диагностика.
- 12) Этиология и патогенез эпилепсии и эпилептических синдромов. Лечение эпилепсии. Эпилептический статус: клиника, патогенез, лечение.
- 13) Поражение нервной системы при отравлении бензином, сероуглеродом, окисью углерода и угарным газом.
- 14) Поражение нервной системы при отравлении ртутью, марганцем, свинцом, мышьяком, тетраэтилсвинцом.
- 15) Поражение нервной системы при отравлении ФОС, метиловым спиртом.
- 16) Неврологические проявления алкоголизма. Алкогольная нейропатия. Механизмы развития, синдромология, течение, прогноз, лечение.
- 17) Патогенез дегенеративных заболеваний нервной системы. Сирингомиелия: клиника, диагностика, лечение.
- 18) Болезнь Альцгеймера: клиника, диагностика, прогноз.
- 19) Боковой амиотрофический склероз: клиника, диагностика, прогноз.
- 20) Опухоли головного мозга: классификация, клиника, диагностика; суб- и супратенториальные опухоли, особенности течения.
- 21) Аденомы гипофиза. Клиника, диагностика.
- 22) Опухоли задней черепной ямки.
- 23) Опухоли спинного мозга: клиника, диагностика; экстра- и интрамедуллярные опухоли спинного мозга. Методы диагностики.
- 24) Ушибы головного мозга.

- 25) Внутрочерепные травматические гематомы. Врачебная тактика.
- 26) Травма спинного мозга: патогенез, клиника, диагностика, врачебная тактика. Реабилитация больных со спинальной травмой.
- 27) Изменения нервной системы в пожилом и старческом возрасте. Особенности лечения и обследования нейрогериатрических больных. Синдром падений.

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):**

Задания на установление правильной последовательности, взаимосвязанности действий, выяснения влияния различных факторов при развитии следующих психопатологических состояний:

1. Неотложная помощь при эпилептическом статусе.
2. Неотложная помощь при острых нарушениях мозгового кровообращения: базисная и дифференцированная терапия.
3. Неотложная помощь при черепно-мозговой травме.
4. Неотложная помощь при позвоночно-спинальной травме
5. Неотложная помощь при менингитах и энцефалитах
6. Неотложная помощь при миастеническом и холинергическом кризах.
7. Неотложная помощь при острых полинейропатиях.
8. Неотложная помощь при комах различной этиологии.
9. Неотложная помощь при опухолях головного мозга.
10. Неотложная помощь при острых компрессионных вертеброгенных синдромах.

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):**

- 1) Защита истории болезни.
- 2) Решение клинических задач

### **ЗАДАЧА 1.**

Больной К., 50 лет. Заболел остро, когда на фоне полного здоровья возникла слабость левой руки и ноги, онемела левая половина тела. Хронические заболевания отрицает, ранее лекарственные препараты не принимал, курит 20 сигарет в день. Службой скорой медицинской помощи доставлен в больницу через 1,5 часа после появления первых симптомов. При поступлении: рост 185см, вес 110 кг; АД=160/100 мм.рт.ст., ЧСС=80 ударов в минуту, ритмичный. Ориентирован всесторонне верно, обращенную речь понимает, спонтанная речь сохранена, нечеткая, смазанная. Игнорирует двигательный дефект, пытается встать, говорит, что сам поднимется по лестнице в отделение. Левосторонняя гемипарезия. Сглажена левая носогубная складка. Девиация языка влево. Движения в левой руке и ноге отсутствуют. Снижение всех видов чувствительности на левой половине тела. Сухожильные рефлексы слева выше, чем справа, патологические стопные знаки слева. Тонус в левой руке и ноге снижен. Функцию тазовых органов контролирует. На рентгеновской компьютерной томографии головного мозга определяется сглаженность борозд в лобной, височной, теменной области правой гемисферы мозга. При УЗДГ сосудов шеи и головы эхо-признаки стенозирующего атеросклероза правой внутренней сонной артерии (стеноз – 84%). ЭКГ - синусовый ритм, признаки гипертрофии левого желудочка. Анализы крови и мочи общие без патологии, глюкоза крови 5,4 ммоль/л, холестерин 8,5 ммоль/л, ЛПНП 5,0 ммоль/л, МНО 0,95;

1. Сформулируйте клинические неврологические синдромы.
2. Сформулируйте поставленный Вами топический диагноз.
3. Сформулируйте поставленный Вами клинический диагноз.
4. Определите тактику лечения пациента в остром периоде заболевания.
5. Сформулируйте и обоснуйте основные направления вторичной профилактики инсульта для данного пациента.

### **Задача 2.**

Пациент М., 65 лет доставлен в приёмное отделение больницы скорой медицинской помощью с жалобами на головную боль, тошноту, рвоту, неловкость в левых конечностях, которые возникли вечером после приёма алкоголя. В течение более 20 лет страдает артериальной гипертензией, в течение последнего года артериальное давление в покое – 170/90 -180/100 мм рт.ст, систематические антигипертензивную терапию не получает. При обследовании: частично дезориентирован в месте и времени, сонлив; артериальное давление – 210/120 мм рт.ст., пульс – 95 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, сила в конечностях достаточная, но движения левых конечностей неловкие, при пальценосовой и пяточноколенной пробах наблюдается промахивание. РКГ головного мозга: зона гиперинтенсивного сигнала округлой формы в левом полушарии мозжечка объемом 35 мл. ЭКГ - синусовый ритм, признаки гипертрофии левого желудочка. Анализы крови и мочи общие без патологии, глюкоза крови 5,0 ммоль/л, МНО 0,98;

1. Сформулируйте клинические неврологические синдромы.
2. Сформулируйте поставленный Вами топический диагноз.
3. Сформулируйте поставленный Вами клинический диагноз.
4. Сформулируйте и обоснуйте дифференциальный диагноз
5. Определите тактику лечения пациента в остром периоде заболевания

### **Задача 3.**

Пациент Т., 18 лет. Заболел остро. Внезапно среди полного благополучия возникла сильная диффузная головная боль, тошнота, рвота, боли в мышцах затылка, шеи, туловища, поясницы, рук и ног, невыносимый озноб. Температура повысилась до 39,5°. На третий день болезни на губах, у носогубных складок и правой ушной раковины появились пузырьковые высыпания, шум в ушах и резкое снижение слуха. На губах, правой ушной раковине и у носогубных складок определяются герпетические высыпания. Пульс ритмичный, 55 ударов в минуту. Патологии внутренних органов не выявлено. Умеренное оглушение. Выраженная ригидность мышц затылка. Признаки Кернига, Брудзинского (верхний, средний и нижний) и Бехтерева. Гиперемия дисков зрительных нервов. Резко снижен слух с обеих сторон. Сила рук и ног равномерно незначительно снижена. Мышечно-сухожильные и кожные рефлексы симметричные. Патологических рефлексов нет. Фото, фоно- гиперестезия. Кровь: СОЭ — 42 мм/ч, лейкоцитоз полинуклеарный-  $18 \cdot 10^9$  в 1 л. Ликвор слегка мутный, давление — 350 мм вод. ст., белок — 3 г/л, цитоз — 3000 в 1 мкл, преимущественно нейтрофилы, глюкоза — 1,7 ммоль/л. В нейтрофилах спинномозговой жидкости обнаружены грамм- диплококки

1. Сформулируйте клинические неврологические синдромы.
2. Сформулируйте поставленный Вами топический диагноз.
3. Сформулируйте поставленный Вами клинический диагноз.
4. Сформулируйте и обоснуйте дифференциальный диагноз
5. Определите тактику лечения пациента

### **Задача 4.**

Пациент Ф., 21 год. Через три недели после перенесенного гнойного отита повысилась температура тела до 39° С, появилась сильная головная боль, повторная рвота, спутанность

сознания. При осмотре: больной оглушен, дезориентирован в месте и времени, ориентация в собственной личности частично нарушена, на вопросы отвечает односложно; горизонтальный нистагм, сглажена правая носогубная складка, язык отклоняется вправо, снижена сила в правой руке и ноге до 3 баллов, сухожильные рефлексы D>S, патологические кистевые и стопные знаки справа. Ригидность затылочных мышц 3 поперечных пальца, симптом Кернига положительный с 2-х сторон. На РКТ головного мозга – очаг пониженной плотности с нечеткими контурами в левой лобной доле.

1. Сформулируйте клинические неврологические синдромы.
2. Сформулируйте поставленный Вами топический диагноз.
3. Сформулируйте поставленный Вами клинический диагноз.
4. Сформулируйте и обоснуйте дифференциальный диагноз
5. Определите тактику лечения пациента

### **Задача 5.**

Г., 30 лет. Около года внезапно остро и резко снизилось зрение справа и появилась острая боль в глазу. Лечилась по поводу ретробульбарного неврита около 3 недель, зрение полностью восстановилось. Спустя полгода появилось двоение предметов, неустойчивость походки, императивные позывы на мочеиспускание. Ухудшение неделю назад после перенесенного ОРВИ - слабость в ногах, ухудшение координации движений. Патологии внутренних органов не выявлено. Зрение 0,6/1.0 не корригируется. Бледный диск справа. Сходящееся косоглазие справа. Диплопия. Горизонтальный мелкоамашистый нистагм с ротаторным компонентом. Атрофий мышц нет. Речь растянутая. Сила мышц снижена в ногах до 4 баллов. Мышечно-сухожильные рефлексы с ног повышены. Клонусы надколенников и стоп. Кожные брюшные рефлексы отсутствуют. Рефлексы Бабинского, Оппенгейма, Россолимо с обеих сторон, слева выше. В пробе Ромберга неустойчива. При координаторных пробах выявлено интенционное дрожание и гиперметрия с обеих сторон. Расстройств поверхностной чувствительности не найдено. Определяется расстройство глубокой чувствительности в ногах.

1. Сформулируйте клинические неврологические синдромы.
2. Сформулируйте поставленный Вами топический диагноз.
3. Сформулируйте поставленный Вами клинический диагноз.
4. Сформулируйте план обследования больной.
5. Определите тактику лечения пациента

ПК-9 - готовностью к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара:

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

- 1) Рассеянный склероз. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, типы течения, лечение.
- 2) Острый рассеянный энцефаломиелит: клиника, диагностика, лечение.
- 3) Классификация заболеваний периферической нервной системы.
- 4) Синдромы поражения передних и задних корешков, сплетений, периферических нервов.
- 5) Классификация закрытой черепно-мозговой травмы. Легкая, средняя и тяжелая черепно-мозговая травма.
- 6) Сотрясение головного мозга.
- 7) Последствия черепно-мозговой травмы.

- 8) Классификация эпилепсии и эпилептических припадков. Общие и парциальные припадки.
- 9) Височная эпилепсия. Кожевниковская эпилепсия. Принципы лечения.
- 10) Пароксизмальные расстройства сознания - эпилепсия и обмороки. Дифференциальная диагностика.
- 11) Неврогенные обмороки - классификация, патогенез, диагностика, лечение, профилактика.
- 12) Неврозы: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
- 13) Синдром вегетативной дистонии.
- 14) Детский церебральный паралич.
- 15) Родовое травматическое поражение плечевого сплетения: клиника, диагностика, лечение.

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):**

1. Факторы риска инсульта и их профилактика
2. Количественные и качественные нарушения сознания
3. Механизмы повышения внутричерепного давления, медикаментозная коррекция
4. Синдром вегетативной дистонии
5. Современные методы ранней терапии ишемического инсульта
6. Неврологические осложнения СПИД
7. Токсические поражения нервной системы при употреблении наркотических веществ
8. Современные методы лечения неврозов
9. Эпилептический статус
10. Последствия черепно-мозговой травмы

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):**

- 1) Защита истории болезни.
- 2) Решение клинических задач

Задача 1. Щ., 36 лет. Жалобы на нарушение движений в правой руке при письме, нарушение сна в виде ночных пробуждений. Расстройство движений в кисти возникает только при выполнении служебных обязанностей. Впервые отметила изменение почерка после серии служебных “неприятностей”. Двигательных, чувствительных, координаторных расстройств нет. Почерк изменен. При письме установка кисти неестественная, мышцы кисти напряжены.

Вопросы. 1. Формулировка диагноза. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Тактика.

Задача 2. Т., 10 лет. Школьный учитель пожаловался родителям, что девочка «плохо себя ведет», гримасничает, не может сидеть спокойно. Двигательное беспокойство было замечено и дома. Часто болела ангинами, диагностирован ревматический эндокардит. Систолический шум в сердце. Говорит прерывисто, не отчетливо. Неритмичная насильственная мимическая активность с гримасами и движениями языка. Мышечная сила соответствует возрасту. Мышечный тонус диффузно снижен. Мышечно-сухожильные рефлексы равномерно снижены. Коленный рефлекс Гордона. В пробе Ромберга –

переразгибание пальцев рук. Походка неровная, почерк плохой, буквы неровные. Общий анализ крови: СОЭ — 22 мм/ч, лейкоцитоз — 12000. Ревмопробы положительные.

Вопросы. 1. Формулировка диагноза. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Тактика.

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

Вопросы. 1. Формулировка диагноза. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Тактика.

Задача 4. Больной 17 лет обратился с жалобами на нарушение походки с раннего школьного возраста. При неврологическом осмотре выявлены: спастический гипертонус в ногах, сила в ногах снижена до 4х баллов, рефлексы с ног высокие, клонусы, патологические стопные знаки. Походка параспастическая. Подобные нарушения походки отмечаются у отца и у деда больного.

Вопросы. 1. Формулировка диагноза. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Тактика.

Задача 5. К неврологу обратился 30-летний мужчина с жалобами на пошатывание при ходьбе. Заболевание развивалось постепенно. Но ухудшение выявлено после перенесенного гриппа. Сестра пациента страдает таким же заболеванием.

Неврологический статус: не доводит правое глазное яблоко кнаружи. Птоз справа. Правый зрачок расширен. Слабо реагирует на свет. Определяется нижний спастический параспазм, патологические стопные знаки, клонусы стоп. В положении Ромберга пошатывается. Координаторные пробы выполняет неуверенно. Походка шаткая. Интеллект несколько снижен.

Вопросы. 1. Формулировка диагноза. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Тактика.

Задача 6. К неврологу обратился 58-летний мужчина с жалобами на неуверенность при ходьбе и неловкость движений в руках. Заболевание развилось без видимых причин в течение года. Неврологический статус: черепные нервы без патологии. Парезов нет. Патологические стопные знаки с 2х сторон. Отмечается атаксия при ходьбе. В позе Ромберга пошатывается назад и в стороны. Речь дизартрична. Координаторные пробы выполняет с промахиванием. Отмечается хореоформный гиперкинез. Императивные позывы к мочеиспусканию.

Вопросы. 1. Формулировка диагноза. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Тактика.

Задача 7. Д., 14 лет. Заболевание началось пять лет назад с пошатывания и падений при быстрой ходьбе. Затем родители заметили ухудшение речи и письма. Постепенно нарушения походки, речи и письма нарастали. Родители больного - двоюродные брат и сестра. Умеренный грудной сколиоз. Высокие своды стоп. Интеллект несколько снижен. Горизонтальный асимметричный нистагм. Речь замедленная, скандированная. Мышечная сила рук и ног равномерно снижена. Тонус мышц заметно снижен. Мышечно-сухожильные рефлексy рук низкие, равномерные, симметричные. Коленные и ахилловы рефлексy не вызываются. Патологические стопные рефлексy с обеих сторон. В положении Ромберга выраженная неустойчивость. Походка неуверенная, неловкая. Широко ставит ноги,



отклоняется в сторону. Интенционное дрожание и гиперметрия при координаторных пробах в руках и ногах. Почерк неразборчивый. Отсутствует глубокая чувствительность в ногах.

Вопросы. 1. Формулировка диагноза. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Тактика.

Задача 8. Мужчина, 32 лет, направлен в медико-генетическую консультацию невропатологом. При осмотре отмечается наличие на теле 8 светло-коричневых пигментных пятен диаметром 2-3 см и мелких похожих на веснушки пигментных пятен в подмышечной ямке. Со слов пациента, эти пятна появились у него в детстве. В результате клинического обследования выявлена плексиформная нейрофиброма. С помощью компьютерной томографии обнаружено утолщение зрительного нерва (глиома).

Вопросы. 1. Формулировка диагноза. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Тактика.

Задача 9. На приеме медицинского генетика находится семья с умственно отсталым ребенком женского пола, 10 лет. При внешнем осмотре выявляются: нейрофибромы на веках, конъюктиве, несколько кофейных пятен в диаметре 0,5-1 см. У отца и у деда по линии отца имеются нейрофибромы. Мать ребенка, её родители, бабушка по линии отца здоровы.

Вопросы. 1. Формулировка диагноза. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Тактика.

Задача 10. Больной О., 20 лет. В двухлетнем возрасте на протяжении года у пациента отмечались приступы с потерей сознания и судорогами в конечностях. Лечился у невролога, принимал люминал, судороги купировались. В 7 лет появилась симметричная сыпь на щеках и на носу с двух сторон по типу «крыльев бабочки». На коже лица (нос и околоносовая область) мелкая эритематозная сыпь - ангиофибромы по типу «крыльев бабочки». На коже лба, ниже границы роста волос имеются фиброзные бляшки. При обследовании на МРТ головного мозга выявлены множественные очаговые и диффузные изменения в веществе головного мозга.

Вопросы. 1. Формулировка диагноза. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Тактика.