

Владимирский филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО
КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Специальность 31.08.42. «Неврология»
код, наименование

Форма обучения очная

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, по клинической практике по практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по клинической практике является неотъемлемым приложением к рабочей программе по Клинической практике. На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по Клинической практике используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Кейс-задание	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы	Задания для решения кейс-задания

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7	Текущий	Раздел 1. Общая неврология Раздел 2. Частная неврология	Кейс-задания
	Промежуточный	Все разделы практики	Кейс-задания

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме кейс-заданий.

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7

	1	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка Б. 39 лет, обратилась с жалобами на асимметрию лица, нарушение вкуса на языке, боль и слабость в конечностях. Из анамнеза известно, что 10 дней назад после перенесенного простудного заболевания развилась асимметрия лица слева. Через сутки присоединились слабость мимических мышц справа, слезотечение, нарушение вкуса на языке. Через 4 дня появились боли в мышцах, затем появилась и стала нарастать слабость в ногах и руках. Наличие хронических заболеваний отрицает.
		Состояние тяжелое. Сознание ясное, настроение снижено. Больная пониженного питания, кожа чистая. Дыхание везикулярное, тоны

		сердца не изменены, тахикардия - до 100—106 ударов в 1 мин, АД 120/75 мм рт. ст. Живот мягкий, равномерно болезненный при пальпации. Печень не пальпируется. Нарушения функции тазовых органов нет. В неврологическом статусе: ЧМН: парез VII-пары с обеих сторон - лагофталм, грубее справа, затруднение при свисте, надувании щек, невозможность наморщить лоб. Патологии других черепных нервов не выявлено. Выраженный периферический тетрапарез. Сила в дистальных отделах конечностях снизилась до 1-2 баллов. Глубокие рефлексы отсутствуют, гипестезия кистей и стоп. Нервные стволы болезненные. Менингеальных знаков нет. Вибрационная чувствительность на стопах резко снижена. Клинические анализы крови, мочи в норме. ЦСЖ на 12-й день болезни: белок 1,12 г/л, цитоз - 5 клеток в 1 мкл.
В	1	К необходимым в данной ситуации лабораторным методам обследования относятся, обоснуйте:
Э	-	Люмбальная пункция через 7 дней после начала заболевания Через 1 нед после начала заболевания концентрация белка в ликворе становится повышенной
P2	-	Лабораторный метод выбран верно, есть объяснение.
P1	-	Лабораторный метод выбран верно, объяснение не верное или отсутствует.
P0	-	Лабораторный метод выбран неверно.
В	2	К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся, какой результат мы предполагаем увидеть?
Э	-	Электронейромиография нервов верхних и нижних конечностей Результат: Признаки моторно-сенсорной полиневропатии с рук и ног по демиелинизирующему типу
P2	-	Инструментальный метод выбран верно, результаты предположены верно
P1	-	Инструментальный метод выбран верно, результаты предположены неверно
P0	-	Инструментальный метод выбран не верно
В	3	На основании результатов клинко-лабораторных методов обследования данной пациентке можно поставить диагноз
Э		Острая воспалительная аксонально-демиелинизирующая моторно-сенсорная полиневропатия Гийена-Барре с выраженным тетрапарезом, diplegia facialis, нисходящий вариант.
P2		Диагноз установлен верно, описаны синдромы
P1		Диагноз установлен верно, описаны не синдромы
P0		Диагноз установлен неверно
В	4	Признаками, необходимыми для постановки диагноза полиневропатии Гийена-Барре, являются
Э		Прогрессирующая мышечная слабость более чем в одной конечности
P2		Признаки описаны верно, уточнена локализация
P1		Признак описан верно, локализация не уточнена
P0		Признаки описаны не верно
В	5	В качестве специфической терапии, направленной на купирование аутоиммунного процесса при полиневропатии Гийена-Барре, применяются
Э		Плазмаферез, Пульс-терапия иммуноглобулинами класса G
P2		Отражена вся специфическая терапия
P1		Отражен только один вариант специфической терапии

P0		Лечение отражено не верно
И	2	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Н., 47 лет, одиннадцать месяцев назад появилось постепенное снижение слуха на левое ухо. В течение полугода до этого отмечался постоянный шум в этом же ухе. В последние два месяца к жалобам присоединилась постоянная головная боль, сопровождающаяся тошнотой и головокружением, неустойчивость при ходьбе с отклонением влево, появилось онемение в левой половине лица, асимметрия лица, двоение в глазах. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Зрачки D=S, на свет реагируют, сходящееся косоглазие за счет левого глаза, двоение при взгляде вперед и влево, снижение слуха слева, легкая сглаженность носогубной складки слева, невозможность полного смыкания век слева, снижение чувствительности на коже лица слева. Сила мышц достаточная во всех группах. В позе Ромберга – отклонение влево, пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет с интенцией и промахиванием слева. При офтальмоскопии — застойные диски зрительных нервов.
В	1	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный синдромальный диагноз
Э	-	Гемигипестезия лица слева, прозопарез слева, гипоакузия слева, парез левого отводящего нерва, мозжечковая атаксия слева (в позе Ромберга – отклонение влево; пальце-носовую и пяточно- коленную пробы выполняет с промахиванием слева), гипертензионный синдром (постоянная головная боль, сопровождающаяся тошнотой, застойные диски зрительных нервов)
P2	-	Синдромальный диагноз поставлен верно. Диагностированы основные топические синдромы
P1	-	Синдромальный диагноз поставлен неполностью: перечислено не менее 3 топических синдромов
P0	-	Синдромальный диагноз поставлен неверно, перечислено менее 3 синдромов.
В	2	Предложите и обоснуйте наиболее вероятный топический диагноз

Э	-	Синдром поражения левого мосто-мозжечкового угла (ММУ): нарушение функций тройничного, отводящего, лицевого, вестибулокохлеарного нервов слева, поражение левого полушария мозжечка
P2	-	Топический диагноз обоснован верно.
P1	-	Топический диагноз обоснован не полностью, однако указывается на сочетанное поражение мозжечка и черепных нервов

P0	-	Топический диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз
Э	-	Объемное образование мосто- мозжечкового угла слева. Учитывая: 1) длительность анамнеза, 2) отсутствие анамнестических данных о черепно-мозговой травме, отсутствие менингеальных и общеинфекционных симптомов (гипертермии, миалгии, фотофобии), 3) постепенное нарастание клинической симптоматики, 4) выраженность гипертензионного синдрома, можно предположить наличие у больного объемного образования левого мосто-мозжечкового угла, предположительно – опухоль.
P2	-	Клинический диагноз сформулирован полностью верно.
P1	-	Клинический диагноз сформулирован полностью, однако нет обоснования.
P0	-	Клинический диагноз сформулирован не правильно
B	4	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента на стационарном этапе
Э	-	Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга
P2	-	Выбран верный метод нейровизуализационного обследования.
P1	-	Указана необходимость нейровизуализационной диагностики, однако метод выбран неверный (предложена компьютерная томография).
P0	-	Ответ неверный: предложены неинформативные методы диагностики.
B	5	Опишите тактику лечения данного пациента на стационарном этапе
Э	-	Оперативное лечение – костно-пластическая трепанация черепа, удаление объемного образования левого мосто-мозжечкового угла с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием

P2	-	тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Предложено оперативное лечение, но не указана необходимость гистологического исследования опухоли
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
И	3	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	Больная Р., 48 лет, поступила в клинику с жалобами на постоянную интенсивную головную боль, сопровождающиеся тошнотой и, периодически, рвотой, не приносящей облегчения. Из анамнеза: год назад прооперирована по поводу рака правой молочной железы. Со слов родственников, несколько месяцев назад появились и стали постепенно нарастать изменения в поведении больной: неряшливость, эйфоричность, дурашливость, неадекватные поступки на работе. В течение последних недель присоединились интенсивные головные боли, тошнота, рвота. При осмотре: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, менингеальных знаков нет. К собственному состоянию не критична, выявляется дурашливость, вязкость, склонность к плоским шуткам, неопрятность. Зрачки D=S, глазные щели симметричны, сглаженность носогубной складки слева. Сила мышц снижена до 3 баллов в левых конечностях, мышечный тонус повышен слева по спастическому типу, сухожильные рефлексы D=S, положительный симптом Бабинского слева. Чувствительных расстройств нет. На глазном дне - явления начального застоя дисков зрительных нервов.
В	1	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный синдромальный диагноз
Э	-	1. Нарушения психики, характерные для поражения лобных долей (расторможено-эйфорический синдром): неряшливость, эйфоричность, дурашливость, неадекватные поступки на работе, не критичность к собственному состоянию, вязкость, склонность к плоским шуткам, неопрятность. 2. Центральный парез лицевого нерва (вовлечение нижней мимической мускулатуры- легкая сглаженность носогубной складки) слева, 3. Центральный левосторонний гемипарез (снижение мышечной силы,повышение мышечного тонуса и сухожильных рефлексов слева, + симптом Бабинского слева) 4. Гипертензионный синдром (постоянная, интенсивная головная боль, сопровождающаяся тошнотой и рвотой; по данным офтальмоскопии — явления начального застоя дисков зрительных нервов).

P2	-	Синдромальный диагноз поставлен верно. Диагностированы основные топические синдромы
P1	-	Синдромальный диагноз поставлен не полностью, верно указаны не менее 2 синдромов
P0	-	Синдромальный диагноз поставлен неверно.
В	2	Предложите и обоснуйте наиболее вероятный топический диагноз

Э	-	Синдром поражения правой лобной доли: психопатологические изменения, центральный парез лицевого нерва(VII п. ЧМН) слева, центральный левосторонний гемипарез
P2	-	Топический диагноз обоснован верно.
P1	-	Топический диагноз обоснован не полностью или не обоснован, но указано, что имеется поражение правого полушария головного мозга
P0	-	Топический диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз
Э	-	Объемное образование правой лобной доли (вероятно метастатического характера). Учитывая 1. Постепенное нарастание симптоматики, 2. Наличие в анамнезе злокачественного новообразования, можно предположить диагноз: «Объемное образование правой лобной доли», предположительно – опухоль метастатического характера.
P2	-	Клинический диагноз сформулирован полностью верно.
P1	-	Клинический диагноз сформулирован полностью, однако нет обоснования.
P0	-	Клинический диагноз сформулирован не правильно
В	4	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
Э	-	1. Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга. 2. Предоперационное обследование (общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма ЭКГ) 3. Поиск первичного очага или других возможных метастатических очагов (онкопоиск), включающий в себя: ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы, маммографию, консультацию маммолога, мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) грудной клетки, брюшной полости, малого таза (или R – графия грудной клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза)

P2	-	Выбран верный метод нейровизуализационного обследования, указана необходимость предоперационного обследования, онкопоиска.
P1	-	Указана необходимость нейровизуализационной диагностики и предоперационного обследования или онкопоиска. Может быть не расшифрован план предоперационного обследования или онкопоиска и выбрана компьютерная томография в качестве метода нейровизуализации.
P0	-	Ответ неверный: предложены неинформативные методы диагностики.

В	5	Опишите возможную тактику лечения данного пациента на стационарном этапе
Э	-	1. Дегидратация (осмодиуретики – маннитол) 2. Оперативное лечение – удаление объемного образования правой лобной доли с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием. 3. По результатам патоморфологического исследования субстрата удаленного объемного образования - решение вопроса о лучевой и полихимиотерапии.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Указана необходимость оперативного лечения и или дегидратации, или последующего противоопухолевого лечения
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
И	4	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Р., 52 года, поступил в клинику с жалобами на постоянную интенсивную головную боль, сопровождающуюся тошнотой, нарушение зрения, изменение внешности: увеличение надбровных дуг, носа, губ, увеличение стопы на 2 размера, кистей («стали малы старые перчатки») . Из анамнеза: изменения внешности появились около 2 лет назад, постепенно нарастают. Головные боли и снижение зрения появились около 2 месяцев назад. При осмотре: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, менингеальных знаков нет. Выпадение латеральных полей зрения с обеих сторон, снижение остроты зрения на правый глаз. Движения глазных яблок в полном объеме, лицо симметрично, глотание и фонация не нарушены. Двигательных и чувствительных нарушений в конечностях не выявлено. ST.LOCALIS- увеличение надбровных дуг, носа, губ; увеличение размера кистей и стоп по отношению к длине конечностей и тела.

		Осмотр окулиста- VIS OS-1,0, VIS OD- 0,2.
В	1	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный синдромальный диагноз
Э	-	1. Битемпоральная гемианопсия (выпадение латеральных полей зрения с обеих сторон), 2. Амблиопия справа (снижение остроты зрения на правый глаз, VIS 3. Гипертензионный синдром (постоянная , интенсивная головная боль неопределенной локализации, сопровождающаяся тошнотой), 4. Акромегалия (увеличение надбровных дуг, носа, губ, увеличение размера кистей и стоп).

P2	-	Синдромальный диагноз поставлен верно. Диагностированы основные топические синдромы
P1	-	Синдромальный диагноз поставлен не полностью: перечислено не менее 2 синдромов
P0	-	Синдромальный диагноз поставлен неверно
B	2	Предложите и обоснуйте наиболее вероятный топический диагноз
Э	-	Синдром поражения хиазмы (перекреста зрительных нервов): Битемпоральная гемианопсия, амблиопия справа
P2	-	Топический диагноз обоснован верно
P1	-	Топический диагноз установлен верно, но не обоснован
P0	-	Топический диагноз выставлен неверно.
B	3	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз
Э	-	Объемное образование хиазмально-селлярной области (гипофиза). Учитывая: длительность анамнеза, постепенное ухудшение состояния 2) наличие синдрома акромегалии можно предположить диагноз: «Объемное образование хиазмально-селлярной области», предположительно – гормонпродуцирующая питуитарная аденома.
P2	-	Клинический диагноз сформулирован полностью верно.
P1	-	Клинический диагноз сформулирован верно, однако нет обоснования, или не уточнен диагноз гормонпродуцирующей опухоли гипофиза.
P0	-	Клинический диагноз сформулирован не правильно

B	4	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента на стационарном этапе
Э	-	1. Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга. 2. Учитывая наличие эндокринологического синдрома (акромегалия) необходимо проведение лабораторного исследования гормонов гипофиза в крови: адренокортикотропный гормон (АКТГ), пролактин, соматотропный гормон (СТГ), тиреотропный гормон (ТТГ), кортизол 1. Предоперационное обследование (общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, ЭКГ)
P2	-	Выбран верный метод нейровизуализационного обследования, правильно указан план предоперационного обследования, указана необходимость исследования уровня гормонов гипофиза.

P1	-	Указана необходимость нейровизуализационной диагностики, однако метод выбран неверный (компьютерная томография) или не указана необходимость исследования гормонов гипофиза в крови или предоперационного обследования.
P0	-	Ответ неверный: предложены неинформативные методы диагностики.
B	5	Опишите тактику ведения пациента
Э	-	1. Оперативное лечение – Трансназальное трансфеноидальное удаление объемного образования хиазмально-селлярной области с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием. 2. По результатам патоморфологического исследования субстрата удаленного объемного образования и анализам, выявившим нарушение функции гипофиза - решение вопроса об эндокринной терапии.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно
P1	-	Указана необходимость оперативного лечения, но не указана необходимость эндокринной терапии
P0	-	Не указана необходимость оперативного лечения
И	5	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной П., 21 год, во время автоаварии ударился головой о ветровое стекло. Терял сознание на 5-7 минут. Машиной скорой помощи доставлен в больницу через 1,5 часа после травмы. При поступлении жалобы на головные боли в лобной области, т о

		При осмотре: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, ориентирован в месте, времени и собственной личности. События, произошедшие незадолго до автоаварии, больной не помнит. При осмотре: пульс 84 уд. в мин, АД 135\ 85 мм рт.ст., дыхание ритмичное 18 раз в 1 мин, кожные покровы бледные, сухие. В неврологическом статусе: сознание ясное, быстро истощается на вопросы отвечает адекватно, менингеальных симптомов нет, симптомов очагового поражения нервной системы нет, в позе Ромберга – пошатывание без четкой сторонности.
B	1	Предположите наиболее вероятный клинический диагноз
Э	-	Диагноз: Закрытая черепно-мозговая травма: сотрясение головного мозга
P2	-	Клинический диагноз выставлен верно

P1	-	Клинический диагноз «Сотрясение головного мозга» выставлен, но неправильно сформулирован
P0	-	Клинический диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте клинический диагноз
Э	-	Диагноз установлен на основании факта потери сознания после травмы, наличия общемозговой симптоматики (головные боли в лобной области, тошнота), ретроградной амнезии (события, произошедшие незадолго до автоаварии больной не помнит), отсутствия очаговой неврологической симптоматики.
P2	-	Клинический диагноз обоснован верно.
P1	-	Клинический диагноз обоснован не полностью
P0	-	Клинический диагноз не обоснован
B	3	Опишите тактику ведения пациента на догоспитальном этапе.
Э	-	Целесообразно транспортировать больного в лечебно-профилактическое учреждение, имеющее возможность выполнения компьютерной томографии, и продолжить обследование и лечение в условиях стационара.
P2	-	Тактика ведения выбрана верно
P1	-	Указана необходимость транспортировки в стационар, но не указано, что в стационаре должна быть возможность выполнения компьютерной томографии

P0	-	Тактика лечения выбрана неверно
B	4	Составьте и обоснуйте план обследования пациента на стационарном этапе
Э	-	Компьютерная томография (КТ) головного мозга
P2	-	Выбран верный метод нейровизуализационного обследования
P1	-	Указана необходимость нейровизуализационной диагностики, однако метод выбран неверный (магнитно-резонансная томография)
P0	-	Ответ неверный: предложены неинформативные методы диагностики
B	5	Опишите тактику ведения пациента на стационарном этапе
Э	-	1. Постельный режим- 7-9 дней. 2. Умеренная дегидратация 3. Симптоматическое лечение (анальгетики, седативные препараты)
P2	-	Тактика лечения выбрана верно.

P1	-	Указано 2 пункта из 3
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
И	6	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Л., 24 года, при стройке дома упал с балкона и ударился головой о грудку кирпича. Доставлен в больницу через час после травмы. Со слов сопровождающих – при транспортировке был в сознании, адекватно отвечал на вопросы, двигательных нарушений не отмечалось. Однако спустя 30 минут состояние резко ухудшилось - контакт с больным затруднен, был эпизод судорог в правых конечностях. При осмотре: состояние тяжелое, уровень сознания - сопор, дыхание частое до 28 раз в 1 мин., артериальное давление 140/90 мм рт. ст., пульс 54 уд. в 1 мин. В неврологическом статусе: оценка по Шкале ком Глазго - 9 баллов, ригидность затылочных мышц + 2 пальца, симптом Кернига с угла 130 градусов с обеих сторон. Диаметр зрачков D<S, фотореакция слева отсутствует, Сухожильные рефлексы справа высокие, верхняя и нижняя пробы Барре - положительны справа, + симптом Бабинского справа, клонид правой стопы.
В	1	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный синдромальный диагноз

Э	-	1. Общемозговая симптоматика (уровень сознания- сопор, ШКГ- 9 баллов), 2. Менингеальный синдром (ригидность затылочных мышц + 2 пальца, симптом Кернига с угла 130 градусов с обеих сторон), 3. Центральные гемипарезы справа (сухожильные рефлексы повышены справа, верхняя и нижняя пробы Барре положительны справа, + симптом Бабинского справа, клонид правой стопы 4. Стволовой синдром: брадикардия(пульс 54 уд. в 1 мин), анизокория с мидриазом слева (диаметр зрачков D<S , слева – расширен, ф
P2	-	Синдромальный диагноз поставлен верно. Диагностированы основные синдромы
P1	-	Синдромальный диагноз поставлен не полностью: выставлено верно не менее 2 из 4 синдромов
P0	-	Синдромальный диагноз поставлен неверно
В	2	Предложите и обоснуйте наиболее вероятный топический диагноз

Э	-	1. Синдром поражения левой лобной доли (или левого полушария головного мозга), так как имеется центральный правосторонний гемипарез 2. Синдром поражения среднего мозга, так как имеется анизокория.
P2	-	Топический диагноз обоснован верно.
P1	-	Топический диагноз выставлен неверно, но указано, что имеется поражение ствола головного мозга.
P0	-	Топический диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз
Э	-	Диагноз «Закрытая черепно-мозговая травма (ЧМТ): сдавление головного мозга». Диагноз Закрытой черепно-мозговой травмы выставлен на основании острого развития симптоматики после травмы. Учитывая наличие «светлого промежутка» с последующим появлением и нарастанием очаговой полушарной, менингеальной и стволовой симптоматики, наиболее вероятной клинической формой ЧМТ является сдавление головного мозга.
P2	-	Клинический диагноз сформулирован верно.
P1	-	Клинический диагноз сформулирован верно, но не обоснован
P0	-	Клинический диагноз сформулирован не правильно

В	4	Составьте и обоснуйте план обследования пациента на стационарном этапе
Э	-	1. Компьютерная томография (КТ) головного мозга. 2.Предоперационное обследование: общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, ЭКГ
P2	-	Назначена Компьютерная томография головного мозга
P1	-	Назначена Магнитно-резонансная томография головного мозга, или назначена компьютерная томография, но не указана необходимость предоперационного обследования
P0	-	Ответ неверный: предложены неинформативные методы диагностики.
В	5	На компьютерной томографии выявлена субдуральная гематома левой лобно-височной области, смещение срединных структур на 13 мм вправо. Опишите тактику лечения данного пациента.
Э	-	1. Экстренная операция – удаление гематомы Интенсивная терапия: поддержание жизненно важных функций (артериальное давление, дыхание), борьба с отеком мозга, поддержание водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса, профилактика осложнений

P2	-	Тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Указана необходимость экстренной операции, но не указана необходимость последующей интенсивной терапии
P0	-	Не указана необходимость экстренного оперативного лечения
И	7	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент А., 48 лет, в течение 5 лет страдает артериальной гипертензией, отмечались подъемы артериального давления до 180 - 190/100 - 110 мм рт ст. Злоупотребляет алкоголем, курит. Утром в 10.00, на фоне физической нагрузки упал, не смог самостоятельно подняться, несколько раз была рвота. Был доставлен в приемное отделение. При поступлении в неврологическом статусе: состояние тяжелое, уровень сознания - оглушение, тахипное 35 в мин., АД 170/100 мм рт ст., пульс 98 в мин, ритмичный. Зрачки D=S, фотореакция сохранена. Мышечная сила в левой руке снижена до 2 баллов, в ноге снижена до 3 баллов. Симптом Бабинского слева. Снижение всех видов чувствительности в левых конечностях и на левой половине тела. Тазовые функции не контролирует.
В	1	Опишите клинические синдромы, выявленные у больного

Э		Снижение сознания до степени оглушения Левосторонний гемипарез Левосторонняя гемигипестезия
P2		Клинические синдромы описаны верно (2 балла)
P1		Выявлено 2 из 3 синдромов (1 балл)
P0		Клинические синдромы описаны не верно (0 баллов)
В	2	Поставьте и обоснуйте топический диагноз
Э		Очаг поражения локализуется в правом полушарии головного мозга. Топический диагноз установлен на основании наличия у больного левостороннего гемипареза и гемигипестезии с этой же стороны
P2		Топический диагноз поставлен верно (2 балла)
P1		Топический диагноз выставлен верно, но не обоснован (1 балл)
P0		Топический диагноз поставлен не верно (0 баллов)

В	3	При поступлении в стационар, пациенту была выполнена компьютерная томография (КТ) головного мозга. На КТ головного мозга выявлен очаг повышенной плотности в области базальных ядер правого полушария головного мозга, объемом 40 мл, Сдавление ипсилатерального желудочка головного мозга. См. Рисунок  Рисунок 1. КТ головного мозга Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз
Э	-	Острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу с формированием гематомы в области базальных ядер правого полушария головного мозга (по данным КТ головного мозга) с левосторонним гемипарезом, гемигипестезией. Артериальная гипертония III стадии, риск 4
P2	-	Диагноз поставлен верно: 2 балла
P1	-	Выставлен диагноз сосудистого поражения головного мозга, но не уточнен характер: 1 балл
P0	-	Диагноз поставлен неверно: 0 баллов
В	4	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз геморрагического инсульта установлен на основании: 1. Острого развития очаговых (слабость и нарушение чувствительности в левых конечностях) и общемозговых

		(многократная рвота, головная боль) неврологических нарушений 2. Данных КТ головного мозга в виде очага повышенной плотности в области базальных ядер правого полушария головного мозга, что характерно для внутримозговой гематомы 3. Диагноз артериальной гипертонии (АГ) установлен на основании данных анамнеза (в течение 5 лет отмечалось повышение АД до 180 - 190/100 - 110 мм рт ст);
P2	-	Диагноз обоснован верно (2 балла)
P1	-	Диагноз обоснован не полностью, но перечислено не менее 2 пунктов
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	5	В каких пределах необходимо поддерживать АД у пациента с внутримозговым кровоизлиянием? Обоснуйте.

Э	-	Целевым АД у пациента с внутримозговым кровоизлиянием является 160/90 мм.рт.ст. Обоснование: высокие цифры АД (систолическое давление выше 160 мм рт.ст.) в первые часы после кровоизлияния сопряжены с риском повторного кровоизлияния. Однако резко и быстро снижать АД в остром периоде внутримозгового нетравматического кровоизлияния нельзя, поскольку резкое снижение АД может привести к ухудшению церебральной перфузии и усугублению повреждения головного мозга.
P2	-	Пределы, в которых необходимо поддерживать АД, представлены и обоснованы верно (2 балла)
P1	-	Пределы, в которых необходимо поддерживать АД, представлены верно, однако отсутствует обоснование: 1 балл
P0	-	Пределы, в которых необходимо поддерживать АД, представлены не верно: 0 баллов
И	8	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной А., 40 лет, заболел остро. Утром на фоне эмоционального стресса возникла сильная головная боль, по типу «удара топором» в области затылка. Отмечалась однократная рвота, светобоязнь, кратковременное психомоторное возбуждение, сменившееся угнетением сознания. При осмотре невролога в приемном покое: состояние тяжелое. Уровень сознания - сопор. Ригидность мышц шеи, симптом Кернига с двух сторон. Симптомов поражения черепных нервов, двигательных и чувствительных нарушений нет.
В	1	Опишите клинические синдромы, выявленные у больного и обоснуйте синдромальный диагноз

Э		Угнетение сознания до уровня сопора Менингеальный синдром. Менингеальный синдром установлен на основании имеющихся у больного светобоязни, ригидности мышц шеи, симптома Кернига с двух сторон.
P2		Клинические синдромы описаны верно: 2 балла
P1		Менингеальный синдром установлен, но не обоснован: 1 балл
P0		Не выявлен менингеальный синдром: 0 баллов
В	2	Укажите и обоснуйте локализацию патологического процесса
Э		Наличие менингеального синдрома свидетельствует о заинтересованности мозговых оболочек
P2		Локализация процесса указана и обоснована верно (2 балла)

P1		Локализация процесса указана верно, но не обоснована (1 балл)
P0		Локализация процесса указана не верно (0 баллов)
B	3	Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз
Э	-	Нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние (САК)
P2	-	Предварительный диагноз выставлен верно: 2 балла
P1	-	Выставлен предварительный диагноз сосудистого поражения головного мозга, но не уточнен его характер: 1 балл
P0	-	Предварительный диагноз поставлен неверно: 0 баллов
B	4	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Предварительный диагноз САК установлен на основании клинической симптоматики, характерной для этой патологии (внезапное развитие интенсивной головной боли, тошноты, рвоты; наличие менингеального синдрома). Развитие данной симптоматики происходит вследствие попадания в субарахноидальное пространство крови, которая вызывает раздражение мозговых оболочек.
P2	-	Диагноз обоснован верно: 2 балла
P1	-	Диагноз обоснован не полностью, не учтены все клинические признаки САК: 1 балл
P0	-	Диагноз обоснован не верно: 0 баллов

B	5	Составьте и обоснуйте план обследования пациента
O	-	1. Компьютерная томография (КТ) головного мозга с целью верификации САК 2. Люмбальная пункция для верификации САК, которая проводится в том случае, если при КТ не обнаружены признаки кровоизлияния, и при этом отсутствуют противопоказания к люмбальной пункции 3. После верификации САК необходима срочная консультация нейрохирурга для решения вопроса о дальнейшей тактике обследования и лечения пациента в связи с высокой вероятностью артериальной аневризмы или артериовенозной мальформации как причины САК
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно: 2 балла
P1	-	Назначена компьютерная томография и один из пунктов 2-3: 1 балл.
P0	-	План обследования составлен и обоснован не верно: 0 баллов
И	9	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	Больной 61 года, поступил в неврологическое отделение больницы с жалобами на преходящее снижение зрения на правый глаз. В течение 20 лет страдает гипертонической болезнью с повышением артериального давления до 180/100 мм. рт. ст., с “рабочими” цифрами 140/80-150/90. В течение последних 5 лет периодически отмечает боли в сердце при быстрой ходьбе, проходящие после приема нитроглицерина через несколько минут. Вчера днем внезапно появилось снижение зрения на правый глаз (“пелена перед глазами”, затем “ничего не видел”), которое восстановилось через 20 минут. На следующий день был осмотрен окулистом - тромбоза центральной вены и центральной артерии сетчатки не было выявлено. Окулистом поликлиники был отправлен на осмотр к неврологу. В неврологическом статусе: общемозговых и менингеальных симптомов нет. Зрачки D=S, средней величины, движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Лицо симметрично. Язык при высовывании из полости рта по средней линии. Парезов конечностей нет, сила достаточная, движения в полном объеме, мышечный тонус не изменен. Сухожильные и периостальные рефлексы S>D. Расстройств чувствительности нет. Положительные рефлексы орального автоматизма. При дуплексном сканировании сонных и позвоночных артерий в устье правой внутренней сонной артерии выявлена атеросклеротическая бляшка, гетерогенная с гиперэхогенными включениями с неровным контуром, суживающая просвет сосуда на 40-45%
В	1	Опишите клинические синдромы, выявленные у больного
Э		Транзиторное нарушение зрения на правый глаз

		Пирамидная недостаточность в левых конечностях
P2		Клинические синдромы описаны верно: 2 балла
P1		Клинические синдромы описаны не полностью: 1 балл
P0		Клинические синдромы описаны не верно: 0 баллов
В	2	Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз
Э	-	Транзиторная ишемическая атака в бассейне ветвей правой внутренней сонной артерии с преходящим амаврозом. Атеросклероз сосудов головного мозга. Артериальная гипертензия II стадии, II степени, риск 4
P2	-	Диагноз поставлен верно (2 балла)
P1	-	Выставлен диагноз «Транзиторная ишемическая атака» без последующих уточнений или уточнения не верны (1 балл)
P0	-	Не выставлен диагноз «Транзиторная ишемическая атака» (0 баллов)
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Э	-	Диагноз Транзиторная ишемическая атака выставлен на основании остро возникшей очаговой неврологической симптоматики, которая регрессировала быстрее, чем за 24 часа, а так же выявления фактора риска ишемического поражения головного мозга (возраст 61год, гипертоническая болезнь в анамнезе, выявление атеросклеротической бляшки устье правой внутренней сонной артерии по данным дуплексного сканирования). Диагноз артериальной гипертонии (АГ) установлен на основании данных анамнеза (в течение 20 лет отмечалось повышение АД до 180/100 мм рт ст); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных при осмотре. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (головной мозг). Степень риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО) поставлена на основании наличия преходящего нарушения мозгового кровообращения.
P2	-	Диагноз обоснован верно (2 балла)
P1	-	Диагноз обоснован не полностью, отражены 1-2 клинические характеристика, например, острое начало и наличие очаговой неврологической симптоматики, но не отражена обратимость симптомов и факторы риска ишемии (1 балл)
P0	-	Диагноз обоснован не верно (0 баллов)
В	4	Составьте и обоснуйте план обследования пациента

Э	-	Все пациенты с ТИА госпитализируются в сосудистый центр или неврологический стационар, им необходимо провести тщательное обследование для исключения ишемического инсульта и иной патологии головного мозга, которая могла бы привести к развитию преходящей очаговой неврологической симптоматики 1. Компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга (для исключения инфаркта и иной патологии головного мозга). 2. Общеклиническое обследование: - Общий и биохимический анализы крови (для исключения соматической патологии) - Электрокардиография, эхокардиоскопия (для исключения кардиологической патологии, которая может приводить к кардиогенной эмболии). - Ro грудной клетки (для исключения заболеваний легких)
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно (2 балла)
P1	-	Указаны не все пункты плана обследования (1 балл)
P0	-	План обследования составлен и обоснован не верно (0 баллов)
В	5	Перечислите основные направления вторичной профилактики ишемического инсульта для профилактики ишемического инсульта у данного пациента

Э	-	1. Адекватная Гипотензивные препараты 2. Антиагреганты 3. Статины
P2	-	Тактика профилактики составлена и обоснована верно (2 балла)
P1	-	Перечислены не все основные направления вторичной профилактики ишемического инсульта (1 балл).
P0	-	Направления вторичной профилактики ишемического инсульта перечислены неверно (0 баллов)
И	10	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной 68 лет доставлен из дома скорой медицинской помощью с жалобами на неловкость и онемение в правых конечностях, нарушение речи (пациент понимал обращенную речь, но собственная речь была представлена речевым эмболом – «нет, нет»). Заболел остро 1 час назад, когда появились вышеуказанные жалобы. Артериальное давление, зафиксированное скорой медицинской помощью, было 170/90 мм рт. ст. Длительное время страдает артериальной гипертензией с подъемами артериального давления до 180/100 мм рт. ст., принимает гипотензивные препараты. В анамнезе ишемическая

		болезнь сердца, три года назад перенес обширный трансмуральный инфаркт миокарда, осложненный постоянной формой мерцательной аритмии. При осмотре: Состояние средней тяжести. В сознании, контактен, ориентирован в месте и времени полностью. Мышечная сила в правой руке снижена до 2 баллов, в ноге снижена до 3 баллов. Симптом Бабинского справа. Нарушение всех видов чувствительности по гемитипу справа. Пациент понимает обращенную речь, собственная речь представлена речевыми эмболами.
В	1	Перечислите клинические синдромы, выявленные у больного
Э		1. Правосторонний гемипарез 2. Правосторонняя гемигипестезия 3. Моторная афазия
P2		Перечислены все 3 синдрома (2 балла)
P1		Указан 1-2 синдрома (1 балл)
P0		Синдромы указаны неверно (0 баллов)
В	2	Сформулируйте наиболее вероятный предварительный клинический диагноз
Э	-	Ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии с правосторонним гемипарезом, гемигипестезией, моторной афазией.
P2	-	Предварит диагноз поставлен верно (2 балла)

P1	-	Выставлен диагноз сосудистого поражения головного мозга, но не уточнен характер, или локализации и синдромов (1 балл)
P0	-	Не выставлен диагноз сосудистого поражения головного мозга (0 баллов)
B	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз инсульта установлен на основании остро развившейся очаговой неврологической симптоматики, свидетельствующей о наличии очага в головном мозге, выявления факторов риска ишемического инсульта
P2	-	Диагноз обоснован верно (2 балла)
P1	-	Диагноз обоснован не полностью, но верно указаны острое развитие очаговой неврологической симптоматики (1 балл)
P0	-	Диагноз обоснован неверно (0 баллов)

B	4	Составьте план обследования пациента
Э	-	1. Нейровизуализационные исследования головного мозга (Компьютерная томография или Магнитно-резонансная томография) 2. Общеклиническое обследование: - Электрокардиография - Эхокардиография - Ro грудной клетки - Ультразвуковое исследование сосудов головы и шеи - Лабораторные анализы: общий и биохимический анализ крови, для исключения соматической патологии и оценки свертывающей системы крови.
P2	-	План обследования составлен верно (2 балла)
P1	-	Перечислены не все разделы обследования (1 балл)
P0	-	План обследования составлен неверно (0 баллов)
B	5	Перечислите 3 основных противопоказаний для проведения тромболитической терапии
Э	-	Ишемический инсульт, который развился более чем 4,5 часа назад, или неизвестно точное время начала заболевания Наличие внутричерепного кровоизлияния по данным КТ АД выше 185/110 мм Рт ст
P2	-	Перечислены все 3 противопоказания к тромболитической терапии: 2 балла
P1	-	Перечислены только 1-2 противопоказания к тромболитической терапии: 1 балл

P0	-	Не представлены противопоказания к тромболитической терапии: 0 балл
И	11	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной М., 23 лет в течение последних 4 лет появилась и постепенно прогрессирует слабость в ногах, возникло похудание мышц голеней. Пациент стал менее вынослив при физических нагрузках, не может бегать. Появилась неуклюжесть и пошатывание при ходьбе, усиливающееся в темное время суток. Во время ходьбы больной постоянно смотрит под ноги. Подобные нарушения имелись у отца пациента. При осмотре: состояние удовлетворительное.

		В неврологическом статусе: сознание ясное. Черепные нервы без патологии. Гипотрофия мышц ног, более выраженная в дистальных отделах («ноги аиста»), мышечная сила в разгибателях стоп симметрично снижена до 3 баллов, в руках норма. Сухожильные рефлексы в руках D=S, сохранены, в ногах коленные рефлексы d=s снижены, ахилловы - отсутствуют. Патологических рефлексов нет. Походка изменена - при ходьбе больной высоко поднимает ногу, выбрасывает её вперед и резко опускает («степпаж»), невозможна ходьба на пятках. Стопы деформированы, с высоким сводом («полая стопа») и «молоткообразными» пальцами. Нарушены все виды чувствительности в стопах и голени. В позе Ромберга – пошатывание, резко усиливающееся при закрытии глаз. Мочеиспускание не нарушено.
В	1	Опишите клинический синдром, выявленный у больного, обоснуйте
Э		Полиневритический синдром Данный синдром выставлен т.к. имеется - нарушение чувствительности в ногах по полиневритическому типу, - симметричный дистальный парепарез со снижением коленных рефлексов и отсутствием ахилловых рефлексов, атрофия мышц дистальных отделов ног
P2		Клинический синдром описан верно, дано полное обоснование (2 балла)
P1		Клинический синдром описан верно, однако обоснование не представлено, или представлено не полностью (1 балл)
P0		Клинический синдром назван не верно (0 баллов)
В	2	Какое заболевание наиболее вероятно у этого пациента?
Э	-	Наследственная сенсо-моторная полиневропатия (Шарко-Мари-Тута)
P2	-	Предварит Диагноз поставлен верно (2 балла)

P1	-	Выставлен диагноз: «Наследственная полиневропатия», однако не указан сенсо-моторный характер нарушений: 1 балл
P0	-	Диагноз поставлен неверно: 0 баллов
B	3	Обоснуйте, поставленный вами предварительный диагноз
Э	-	Диагноз «Наследственная сенсо-моторная полиневропатия (Шарко-Мари-Тута)» Диагноз установлен на основании наличия типичных клинических проявлений полиневропатии, постепенного прогрессирования

		заболевания и указаний на наличия подобного заболевания в семейном анамнезе
P2	-	Диагноз обоснован верно: 2 балла
P1	-	Диагноз обоснован не полностью 1 балл
P0	-	Диагноз обоснован не верно: 0 баллов
B	4	Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
Э	-	1. Электронейромиография. Позволяет верифицировать полиневропатию и провести дифференциальную диагностику между поражением периферических нервов, спинного мозга и собственно мышц 2. Определение креатинфосфокиназы в крови. Необходимо для исключения первичной мышечной патологии, при которой повышается уровень данного фермента в крови 3. ДНК диагностика. Позволяет подтвердить мутацию, вызывающую данное заболевание
P2	-	Методы обследования назначены и обоснованы верно (2 балла)
P1	-	Назначен только 1 -2 верных метода обследования (1 балл)
P0	-	Методы обследования назначены и обоснованы не верно: 0 баллов
B	5	Перечислите общие показания для направления супругов на медико-генетическое консультирование
Э	-	- Рождение ребенка с врожденными пороками развития - Установленная или подозреваемая наследственная болезнь в семье - Задержка физического развития или умственная отсталость у ребенка - Повторные спонтанные аборт (выкидыши), мертворождение - Близкородственные браки - Бесплодные браки - Неблагоприятное протекание беременности, внутриутробная задержка развития плода

P2	-	Показания для медико-генетического консультирования представлены 5 и более (2 балла)
P1	-	Представлено 3-4 показания для медико-генетического консультирования (1 балл)
P0	-	Представлено менее 2 показаний для медико-генетического консультирования (0 баллов)

И	12	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина, 58 лет, обратилась к врачу с жалобами на ощущения онемения, холода, покалывания, жжения в стопах и жгучие боли в них, усиливающиеся в ночное время и стихающие после ходьбы, а также легкую слабость в стопах. Из анамнеза: В течение 5 лет страдает артериальной гипертензией, гипотензивные препараты принимает регулярно. Около 4 лет назад выявлено нарушение толерантности к глюкозе. В течение этих лет диету не соблюдала, уровень глюкозы крови не контролировала, к врачам не обращалась. Около полугода назад появились легкие ощущения онемения и покалывания в стопах, которые со временем постепенно усилились и стали сопровождаться умеренными болями и легкой слабостью в стопах. При осмотре: состояние удовлетворительное. Индекс массы тела – 35 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 74 уд.в мин., АД – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В неврологическом статусе: сознание ясное, в месте, времени и собственной личности ориентируется. Черепные нервы без патологии. Сила мышц D=S=5 баллов. Мышечный тонус D=S. Сухожильные рефлексы с рук и коленные D=S, ахилловы отсутствуют. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга устойчива, пальценосовую пробу выполняет правильно с обеих сторон. Болевая и температурная чувствительность снижена с обеих сторон с уровня середины голени. Расстройства мочеиспускания отрицает. В анализах: Hb 134 г/л, Эр 4,5*10¹²/л, Ле 8,7*10⁹/л, СОЭ 8 мм/ч. Глюкоза крови натощак – 8,2 ммоль/л, креатинин – 92 мкмоль/л, мочевины 8,7ммоль/л, АсАт 24 Ед, АлАт 22 Ед.
В	1	Предположите наиболее вероятный синдромальный диагноз
Э	-	Хроническая дистальная сенсомоторная полиневропатия
P2	-	Синдромальный диагноз поставлен верно

P1	-	Синдромальный диагноз поставлен не полностью: не указаны или указаны неверно течение полиневропатии или ее характеристики
P0	-	Не установлен диагноз полиневропатии
B	2	Обоснуйте синдромальный диагноз

Э	-	Синдромальный диагноз установлен на основании жалоб пациентки на жгучие боли и онемение в стопах, сохраняющиеся в течение нескольких месяцев, и выявленных при неврологическом осмотре нарушений: снижение чувствительности по полиневритическому типу, отсутствие ахилловых рефлексов с двух сторон.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: перечислены не все указанные в тексте задачи типичные симптомы полиневропатии
P0	-	Диагноз не обоснован или обоснован неверно
B	3	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный этиологический диагноз
Э	-	Учитывая хроническое течение полиневропатии, наличие в анамнезе нарушения толерантности к глюкозе и повышение уровня сахара крови натощак, наиболее вероятен диагноз: «Диабетическая хроническая дистальная сенсомоторная полиневропатия». Возможна формулировка диагноза: Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный. Диабетическая полиневропатия.
P2	-	Диагноз предположен и обоснован правильно
P1	-	Диагноз предположен верно, но не обоснован или обоснован не правильно
P0	-	Диагноз не верен
B	4	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
Э	-	1. Гликемический профиль, уровень гликозилированного гемоглобина крови, консультация эндокринолога – для подтверждения диагноза сахарного диабета и диабетического генеза полиневропатии. 2. Исследование глазного дна и исследование функции почек, в том числе микроальбумин суточной мочи – для выявления таких осложнений сахарного диабета, как ретинопатия и/или нефропатия, так как диабетическая сенсомоторная полиневропатия в подавляющем большинстве случаев с ними сочетается. 3. Электронейромиография (ЭНМГ) с рук и ног – для подтверждения диагноза полиневропатии.
P2	-	Обследование назначено и обосновано верно.

P1	-	Обследование назначено не полностью, но назначено ЭНМГ и исследование углеводного обмена.
----	---	---

P0	-	Не назначена ЭНМГ и исследование углеводного обмена
B	5	Опишите тактику ведения пациентки
Э	-	1. Нормализация уровня глюкозы в крови 2. Лечение полиневропатии: витамины группы В, препараты тиоктовой кислоты. 3. Симптоматическая терапия: антиконвульсанты или антидепрессанты в случае выраженного болевого синдрома.
P2	-	Тактика ведения пациентки сформулирована верно; перечислены все основные группы препаратов
P1	-	Тактика ведения в целом сформулирована верно, однако перечислены не все группы препаратов
P0	-	Тактика ведения сформулирована неверно
И	13	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

у		Пациентка, 45 лет. Доставлена родственниками в приемное отделение многопрофильной больницы с жалобами на интенсивные боли, слабость и онемение в ногах, невозможность самостоятельного мочеиспускания. Из анамнеза: в течение многих лет беспокоят боли в спине; месяц назад после подъема тяжести боли в спине усилились и стали распространяться по задне-наружной поверхности правого бедра, голени и стопы. Лечилась амбулаторно с диагнозом: «Дискогенная радикулопатия правого S1 корешка, выраженный болевой синдром» с некоторым положительным эффектом: выраженность болевого синдрома несколько уменьшилась. Состояние ухудшилось 3 часа назад, когда после подъема с кровати появились сильнейшие боли в обеих ногах, онемение и слабость в них. Тогда же заметила, что не может помочиться. При осмотре: состояние средней степени тяжести, положение вынужденное из-за сильных болей. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 80 уд.в мин., АД – 135/85 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. В неврологическом статусе: сознание ясное, в месте, времени и собственной личности ориентируется. Черепные нервы без патологии. Сила снижена в мышцах-сгибателях стоп и ягодичных мышцах. Сухожильные рефлексы с рук и коленные сохранены, D=S, ахилловы отсутствуют. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга не проверялась из-за выраженности болевого синдрома, пальценосовую пробу выполняет правильно с обеих сторон. Болевая и тактильная чувствительность отсутствует в аногенитальной области и на задней
---	--	---

		поверхности ног (в зонах иннервации S1 –S3 корешков) с двух сторон. При катетеризации мочевого пузыря выведено 800 мл мочи.
В	1	Предположите наиболее вероятный топический диагноз
Э	-	Поражение корешков конского хвоста
P2	-	Топический диагноз установлен верно
P1	-	Топический диагноз установлен неточно: отмечен радикулярный характер поражения, но не уточнено вовлечение в патологический процесс корешков конского хвоста
P0	-	Топический диагноз не установлен или неверен
В	2	Обоснуйте топический диагноз

Э	-	Диагноз установлен на основании жалоб пациентки на боли, слабость и онемение в ногах, невозможность самостоятельного мочеиспускания, а также на основании данных клинико-неврологического осмотра: парез мышц-сгибателей стоп и ягодичных мышц, отсутствие ахилловых рефлексов с двух сторон, отсутствие чувствительности в зонах иннервации S1-S3 корешков с двух сторон, острая задержка мочи.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: перечислены не все указанные в тексте задачи типичные симптомы поражения корешков конского хвоста
P0	-	Диагноз не обоснован или обоснован неверно
В	3	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз
Э	-	Учитывая наличие в анамнезе жалоб на боли в пояснице с последующим присоединением после подъема тяжести радикулопатии правого S1 корешка, острое ухудшение состояния после подъема с кровати, наиболее вероятен диагноз: «Дискогенная компрессия корешков конского хвоста».
P2	-	Диагноз предположен и обоснован правильно
P1	-	Диагноз предположен верно, но не обоснован или обоснован не правильно
P0	-	Диагноз не верен
В	4	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента

Э	-	1. Магнитно-резонансная томография (МРТ) поясничного отдела позвоночника – для подтверждения факта сдавления грыжей диска корешков конского хвоста. 2. Предоперационное обследование: общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, ЭКГ. Необходимо в связи с тем, что показано экстренное оперативное лечение.
P2	-	Обследование назначено и обосновано верно.
P1	-	Назначена МРТ поясничного отдела позвоночника, но не назначено предоперационное обследование
P0	-	Не назначена МРТ поясничного отдела позвоночника
В	5	Опишите тактику ведения пациентки

Э	-	Показано экстренное оперативное лечение – декомпрессия корешков конского хвоста.
P2	-	Тактика ведения пациентки сформулирована верно
P1	-	Указана необходимость экстренной операции, но не указана цель оперативного лечения
P0	-	Тактика ведения сформулирована неверно
И	14	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Пациент, 25 лет, при нырянии в незнакомом месте ударился головой о дно. Возникла резкая боль в области шеи и развилась слабость в ногах и руках. Не смог самостоятельно выйти на берег. Товарищи вынесли его из воды и доставили в больницу. При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Дыхание диафрагмальное, ЧД 24 в мин. В легких дыхание везикулярное, ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 54 уд. в мин., АД – 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Выявляется болезненность при пальпации остистых отростков в области шеи на уровне С5, С6, С7 позвонков В неврологическом статусе: сознание ясное. Черепные нервы без патологии. Возможны минимальные движения в плечевых суставах, в дистальных отделах рук и ногах движения отсутствуют. Мышечный тонус снижен в конечностях. Сухожильные рефлексы: с двуглавых мышц плеча снижены. Сухожильные рефлексы с трехглавой мышцы

		плеча, а также коленные и ахилловы рефлексы с обеих сторон отсутствуют. Все виды чувствительности с уровня С6 отсутствуют. Доставлен в стационар, где выполнена рентгенография шейного отдела позвоночника и выявлен оскольчатый перелом тела С6 позвонка со смещением отломков.
В	1	Предположите наиболее вероятный синдромальный диагноз
Э	-	Тетраплегия, анестезия всех видов чувствительности с уровня С6 дерматома; дыхательные нарушения с развитием диафрагмального типа дыхания
P2	-	Синдромальный диагноз установлен верно
P1	-	Указана тетраплегия, но не указаны дыхательные и чувствительные нарушения
P0	-	Не выявлен синдром тетраплегии
В	2	Предложите и обоснуйте наиболее вероятный топический диагноз

Э	-	Учитывая наличие тетраплегии, диафрагмального дыхания, отсутствия всех видов чувствительности с уровня С6 дерматома, наиболее вероятно поражение спинного мозга на уровне шейного утолщения.
P2	-	Диагноз выставлен и обоснован верно
P1	-	Топический диагноз установлен верно, но не обоснован или обоснован не полностью
P0	-	Топический диагноз не установлен или установлен неверно
В	3	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз
Э	-	Учитывая наличие клиники поражения спинного мозга на уровне шейного утолщения, острое развитие симптоматики после травмы шеи, снижение мышечного тонуса в конечностях и отсутствие сухожильных рефлексов с трехглавой мышцы плеча, коленных и ахилловых рефлексов с обеих сторон, наличие на рентгенограммах шейного отдела позвоночника оскольчатого перелома тела С6 позвонка со смещением отломков наиболее вероятен диагноз: «Закрытая позвоночно-спинномозговая травма: оскольчатый перелом тела С6 позвонка со сдавлением спинного мозга на уровне шейного утолщения. Спинальный шок. Тетраплегия, анестезия всех видов чувствительности с уровня С6 дерматома».
P2	-	Диагноз предположен и обоснован правильно

P1	-	Диагноз установлен верно, но не обоснован или обоснован не правильно Или диагноз обоснован, но не полон: не выставлен спинальный шок, не перечислены клинические синдромы.
P0	-	Диагноз не верен
В	4	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента на госпитальном этапе
Э	-	1. Компьютерная томография (КТ) шейного отдела позвоночника – для уточнения показаний к оперативному лечению. 2. Общие анализы крови и мочи, посев мочи на флору с определением чувствительности к антибиотикам, биохимический анализ крови, коагулограмма, ЭКГ, мониторинг артериального давления, газового состава крови, электролитов крови – для дальнейшего ведения пациента.
P2	-	Обследование назначено и обосновано верно.
P1	-	Обследование назначено не полностью: назначена компьютерная (КТ) или магнитно-резонансная (МРТ) томография шейного отдела позвоночника, общеклиническое обследование, но не указана необходимость мониторингирования артериального давления и газового состава крови.

P0	-	Не назначена компьютерная или магнитно-резонансная томография шейного отдела позвоночника или не указана необходимость общеклинического обследования.
B	5	Опишите тактику ведения пациента на догоспитальном этапе и при поступлении в стационар
Э	-	На догоспитальном этапе накладывается жесткий воротник (фиксация шейного отдела позвоночника), проводится катетеризация мочевого пузыря. Транспортировка осуществляется на щите или на жестких носилках, в положении больного на спине. Во время транспортировки необходимо обеспечение адекватного дыхания, поддержание артериального давления. После дообследования в стационаре необходимо решение вопроса об экстренном оперативном лечении. После операции проводится интенсивная терапия, направленная на поддержание функций жизненно важных органов и систем, профилактику и лечение осложнений.
P2	-	Тактика ведения пациентки сформулирована верно
P1	-	Тактика ведения сформулирована не полностью или не структурирована по этапам, но указана необходимость не менее 3 из следующих 4 пунктов: - фиксации шейного отдела позвоночника,

		- катетеризации мочевого пузыря, - решения вопроса об оперативном лечении, -поддержания функций жизненно важных органов.
P0	-	Тактика ведения сформулирована неверно
И	15	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Пациент 42 лет, обратился в поликлинику к неврологу с жалобами на слабость в левой руке. Из анамнеза: слабость в руке развилась остро 2 дня назад после ночного сна в состоянии алкогольного опьянения. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 74 уд. в мин., АД – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В неврологическом статусе: сознание ясное, в месте, времени и собственной личности ориентируется. Черепные нервы без патологии. Паралич мышц-разгибателей левой кисти и пальцев (“висячая кисть”) и нарушение всех видов чувствительности на тыльной поверхности лучевой половины кисти, включая тыльную поверхность проксимальных фаланг I,II и половины III пальцев

В	1	Предположите наиболее вероятный синдромальный диагноз
Э	-	1. Периферический дистальный парез мышц - разгибателей левой кисти 2. Гипестезия по тыльной поверхности лучевой половины кисти, I, II и частично III пальцев
P2	-	Синдромальный диагноз установлен верно
P1	-	Синдромальный диагноз не полон, но указано, что имеется вялый парез левой руки.
P0	-	Синдромальный диагноз не верен
В	2	Предложите и обоснуйте наиболее вероятный топический диагноз
Э	-	Поражение левого лучевого нерва, так как распространенность двигательных соответствует областям иннервации лучевого нерва.
P2	-	Топический диагноз выставлен и обоснован верно
P1	-	Топический диагноз установлен верно, но не обоснован или обоснован не полностью

P0	-	Топический диагноз не установлен или установлен неверно
В	3	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз
Э	-	Диагноз: Компрессионно-ишемическая невропатия левого лучевого нерва. Компрессионно-ишемический генез невропатии установлен на основании данных анамнеза: слабость развилась во время глубокого сна в состоянии алкогольного опьянения; отсутствуют указания на травму левой руки
P2	-	Диагноз предположен и обоснован правильно
P1	-	Диагноз установлен верно, но не обоснован или обоснован не правильно
P0	-	Диагноз не верен
В	4	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
Э	-	ЭНМГ с рук – для верификации диагноза.
P2	-	Обследование назначено и обосновано верно.
P1	-	Обследование назначено, но не обосновано.
P0	-	ЭНМГ не назначена
В	5	Опишите основные направления лечения

Э	-	Витамины группы В, Антихолинэстеразные препараты Вазоактивные средства Физиотерапевтические методы Лечебная физкультура Шинирование кисти для предупреждения контрактуры.
P2	-	Тактика ведения пациентки сформулирована верно
P1	-	Тактика ведения сформулирована не полностью, но названо не менее 2 пунктов из перечисленных
P0	-	Методы лечения не названы или названы неверно
И	16	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент, 18 лет, на работе внезапно потерял сознание, упал, развились тонические, а затем клонические судороги во всех конечностях, в

		конце приступа произошло непроизвольное мочеиспускание. Приступ продолжался около 3 минут, после чего пациент заснул. В анамнезе указаний на хронические заболевания и травмы нет. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 74 уд.в мин., АД – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В неврологическом статусе: сознание ясное, в месте, времени и собственной личности ориентируется. Черепные нервы без патологии. Сила мышц D=S=5 баллов. Мышечный тонус D=S. Сухожильные рефлексы D=S. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга устойчив, пальценосовую пробу выполняет правильно с обеих сторон. Чувствительность сохранена. Расстройства мочеиспускания отрицает.
В	1	Как называется описанный выше приступ?
Э	-	Генерализованный тонико-клонический эпилептический припадок
P2	-	Вид приступа назван верно
P1	-	Название приступа сформулировано не полностью, но указано, что это эпилептический припадок
P0	-	Не установлен диагноз эпилептического припадка
В	2	С какими состояниями необходимо дифференцировать данный приступ?

Э	-	1. С пароксизмами неэпилептического характера – обморок, истерический припадок 2. С другими видами эпилептических приступов (фокальные, генерализованные)
P2	-	Указаны обе группы патологических состояний для дифференцированного диагноза
P1	-	Указана только первая группа – неэпилептические пароксизмы или вторая группа указана неверно
P0	-	Неэпилептические пароксизмы не включены в круг дифференцированного диагноза
В	3	Перечислите основные принципы оказания неотложной помощи при данном виде пароксизма

Э	-	Предотвратить травматизацию во время приступа 2. Если рот приоткрыт – проложить мягкую ткань между зубами 3. Если изо рта обильно идет слюна – повернуть пациента на бок 4. Если судороги не проходят в течение 5 минут или развивается повторный эпилептический припадок – вызвать скорую помощь
P2	-	Принципы неотложной помощи перечислены верно
P1	-	Правильно перечислены 2-3 пункта
P0	-	Правильно перечислены 0- 1 пунктов
В	4	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
Э	-	1.Магнитно-резонансная (МРТ) или компьютерная (КТ) томография головного мозга для исключения органической патологии головного мозга 2.Электроэнцефалография (ЭЭГ) и ЭЭГ - мониторинг – для выявления признаков эпилептической активности головного мозга в межприступном периоде
P2	-	Обследование назначено и обосновано верно.
P1	-	Обследование назначено полностью, но не обосновано или обосновано неверно; возможно назначение дополнительных методов
P0	-	Не назначены методы нейровизуализации (МРТ или КТ) или ЭЭГ
В	5	На МРТ головного мозга выявлено объемное образование левой височной доли. Опишите тактику ведения пациента.

Э	-	1. Хирургическое лечение – удаление объемного образования с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием 2. Антиконвульсанты 3. Лечение у онколога в зависимости от результатов гистологического и иммуногистохимического исследования
P2	-	Тактика ведения пациента сформулирована верно; перечислены все 3 пункта.
P1	-	Указано 2 пункта из 3
P0	-	Тактика ведения сформулирована неверно
И	17	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	

		Больной 21 год, поступил с жалобами на сильные головные боли, рвоту, светобоязнь, двоение в глазах, подъем температуры тела до 38,5 °С. Из анамнеза известно, что заболел 10 дней назад, когда почувствовал недомогание, общую слабость, небольшую головную боль, тошноту. Имелась субфебрильная температура. Головная боль за 6 дней постепенно выросла до нестерпимой, появилось двоение в глазах, рвота, сонливость. Объективно: ригидность затылочных мышц + 3 см., симптом Кернига с угла 100 градусов, анизокория, мидриаз слева, птоз слева, расходящееся косоглазие (отсутствует движение левого глазного яблока кнутри). В анализе ликвора – лимфоцитарный плеоцитоз 458/мм³, белок 1,2 г/л, понижено содержание сахара, при отстаивании ликвора образовалась фибриновая плёнка. В общесоматическом статусе обращает на себя внимание увеличение периферических лимфоузлов, на рентгенограммах легких определяются изменения в проекции вершин легочных полей, увеличение внутригрудных лимфоузлов.
В	1	Перечислите и обоснуйте синдромы, приведенные в задаче.
Э	-	Общемозговой синдром (головные боли, тошнота, рвота, сонливость) Менингеальный синдром (положительные менингеальные знаки, изменение ликвора, светобоязнь) Синдром поражения черепных нервов (двоение в глазах, анизокория, мидриаз, птоз, расходящееся косоглазие) Инфекционный синдром (температура, слабость, увеличение лимфоузлов).
P2	-	Синдромальный диагноз и обоснование предоставлены верно.
P1	-	Синдромальный диагноз поставлен не полностью, однако выставлены 2 синдрома из 4, или приведено неверное обоснование синдромов

P0	-	Синдромальный диагноз поставлен неверно.
B	2	Предложите и обоснуйте наиболее вероятный топический диагноз
Э	-	Топический диагноз поражения мозговых оболочек и черепных нервов установлен на основании сочетания синдромов поражения черепных нервов, общемозгового и менингеального синдромов.
P2	-	Топический диагноз установлен и обоснован верно.
P1	-	Топический диагноз установлен и обоснован неполностью: отсутствует обоснование одного из топических диагнозов (поражение мозговых оболочек или черепных нервов) или установлен и обоснован только один топический диагноз.

P0	-	Топический диагноз выставлен и обоснован полностью неверно.
B	3	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз
Э	-	Клинический диагноз менингита установлен на основании сочетания общемозгового, менингеального, инфекционного синдромов.
P2	-	Клинический диагноз установлен и обоснован верно.
P1	-	Клинический диагноз установлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	Клинический диагноз установлен неверно.
B	4	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный этиологический диагноз
Э	-	Предварительный этиологический диагноз туберкулезного менингита установлен на основании подострого характера развития менингита, специфических изменений ликвора (выпадение фибриновой пленки, лимфоцитарный плеоцитоз до 1000/см ³ , снижение сахара, умеренное увеличение белка ликвора), поражения черепных нервов. Для подтверждения данного этиологического диагноза требуется проведение специфических тестов на туберкулез (бактериологическое, серологическое обследование крови, ликвора, ПЦР-диагностика).
P2	-	Этиологический диагноз установлен и обоснован верно.
P1	-	Этиологический диагноз установлены верно, однако нет обоснования.
P0	-	Этиологический диагноз установлены неверно.
B	5	Определите тактику ведения данного пациента
Э	-	Лечение туберкулезного менингита проводится в специализированном стационаре длительно с использованием препаратов специфической терапии (изониазид, рифампицин, этамбутол, пиразинамид) и неспецифического лечения (дегидратационная терапия для борьбы и профилактики отека головного мозга, дезинтоксикационная терапия).

P2	-	Тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
И	18	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	

		Мужчина, 65 лет, доставлен в приёмное отделение с неясным диагнозом. Заболел остро. В течение 2-х дней беспокоит сильная головная боль, тошнота, рвота на фоне высокой температуры выше 39 °С без видимых катаральных явлений, выраженная слабость. В приемном покое у больного наблюдались судороги в правых конечностях. Из анамнеза известно, что в течение 2 нед. назад перенес респираторную вирусную инфекцию, наблюдалось поражение слизистой носовой полости и наружных кожных покровов герпетического характера. При обследовании выявлены ригидность затылочных мышц 3 см., положительный симптом Кернига, уровень сознания снижен до умеренного оглушения, периодически наблюдаются делириозные эпизоды, слуховые галлюцинации. Из лаборатории получен анализ спинно-мозговой жидкости: цвет - прозрачный, опалесцирующий, цитоз: лимфоциты - 320 клеток в 1 мм³, белок - 0,33 г\л, сахар - 2,1 ммоль\л.
В	1	Перечислите и обоснуйте синдромы, приведенные в задаче.
Э	-	Общемозговой синдром (головные боли, тошнота, рвота, угнетение сознания) Менингеальный синдром (положительные менингеальные знаки, изменение ликвора серозного характера) Эпилептический синдром (джексоновская моторная эпилепсия). Делириозно-галлюцинаторный синдром (делирий, слуховые галлюцинации). Инфекционный синдром (фебрильная температура тела, слабость).
P2	-	Синдромальный диагноз и обоснование предоставлены верно.
P1	-	Синдромальный диагноз выставлен не полностью: часть синдромов упущена или приведено неверное обоснование синдромов
P0	-	Синдромальный диагноз поставлен неверно.
В	2	Предложите и обоснуйте наиболее вероятный топический диагноз

Э	-	Топический диагноз поражения вещества головного мозга (лобной и височной долей) и мозговых оболочек установлен на основании сочетания синдромов раздражения прецентральной извилины лобной доли (джексоновская моторная эпилепсия), слухового галлюцинаторного синдрома (поражение височной доли головного мозга), общемозгового и менингеального синдромов.
P2	-	Топический диагноз установлен и обоснован верно.
P1	-	Топический диагноз установлен и обоснован неполностью.

		отсутствует обоснование одного из топических диагнозов (поражение мозговых оболочек или лобной или височной долей головного мозга) или установлен и обоснован только один топический диагноз.
P0	-	Топический диагноз выставлен и обоснован полностью неверно.
В	3	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз
Э	-	Клинический диагноз энцефалита установлен на основании сочетания синдромов поражения вещества головного мозга (лобной и височной долей), общемозгового, менингеального, инфекционного синдромов, изменений ликвора серозного характера.
P2	-	Клинический диагноз установлен и обоснован верно.
P1	-	Клинический диагноз установлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	Клинический диагноз установлен неверно.
В	4	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный этиологический диагноз. Какие дополнительные лабораторные методы диагностики могут подтвердить или опровергнуть данный этиологический диагноз?
Э	-	Этиологический диагноз герпетического энцефалита установлен на основании острого характера развития клинической картины, серозного характера изменений ликвора (лимфоцитарный плеоцитоз 320/мм ³ , нормальное содержание сахара, умеренное увеличение белка ликвора 0,33 г/л), характерных очаговых синдромов поражения коры головного мозга (височных долей головного мозга, судорожного синдромов), указания в анамнезе на герпетическое поражение слизистых и кожных покровов. Для подтверждения данного этиологического диагноза требуется ПЦР диагностика исследуемых сред на ВПГ 1 и 2 типа.
P2	-	Этиологический диагноз установлен и обоснован верно.
P1	-	Этиологический диагноз установлены верно, однако нет обоснования.
P0	-	Этиологический диагноз установлены неверно.
В	5	Определите тактику ведения данного пациента

Э	-	1. В/в кап, введение противовирусных препаратов (ацикловира, валацикловира) 2. Лечение проводится в палатах интенсивной терапии с возможностью коррекции вероятных дыхательных расстройств с помощью ИВЛ Дегидратационная терапия для борьбы и профилактики отека головного мозга, дезинтоксикационная терапия
P2	-	Тактика лечения выбрана верно.

P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
И	19	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина 30 лет, доставлена в приёмное отделение с неясным диагнозом. Заболела остро, начало с подъема температуры тела до 39-40 °С. В течение 2-х дней беспокоит сильная головная боль на фоне высокой температуры без видимых катаральных явлений, многократная рвота. В этой связи была доставлена в приемный покой больницы. При обследовании выявлены ригидность затылочных мышц 3 см., положительный симптом Кернига. Других изменений в неврологическом статусе нет. При осмотре на груди и животе обнаружена розеолезная, розеолезно-папулезная сыпь, а также багрово-красные геморрагические элементы с синюшным оттенком. При анализе спинно-мозговой жидкости выявлено: цвет - мутный, желтый, цитоз: 2425 клеток в 1 мм ³ , нейтрофилы - 2300, белок - 1,66 г/л, сахар - 1,97 ммоль/л, хлориды - 700 мг%.
В	1	Перечислите и обоснуйте синдромы, приведенные в задаче.
Э	-	Общемозговой синдром (головная боль, рвота) Менингеальный синдром (положительные менингеальные знаки, изменение ликвора гнойного характера) Инфекционно-токсический синдром (фебрильная температура тела, сыпь и изменения кожных покровов).
P2	-	Синдромальный диагноз и обоснование предоставлены верно.
P1	-	Синдромальный диагноз поставлен неполностью: часть синдромов упущена или приведено неверное обоснование синдромов
P0	-	Синдромальный диагноз поставлен неверно.
В	2	Предложите и обоснуйте наиболее вероятный топический диагноз
Э	-	Топический диагноз поражения мозговых оболочек установлен на основании наличия менингеального синдрома и отсутствия очаговых неврологических синдромов.

P2	-	Топический диагноз установлен и обоснован верно.
P1	-	Топический диагноз установлен, но обоснован не полностью: отсутствует обоснование топического диагноза (поражение мозговых оболочек).

P0	-	Топический диагноз выставлен и обоснован полностью неверно.
B	3	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз
Э	-	Клинический диагноз менингита установлен на основании сочетания общемозгового, менингеального, инфекционно-токсического синдромов.
P2	-	Клинический диагноз установлен и обоснован верно.
P1	-	Клинический диагноз установлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	Клинический диагноз установлен неверно.
B	4	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный этиологический диагноз. Какие дополнительные лабораторные методы диагностики могут подтвердить или опровергнуть данный этиологический диагноз?
Э	-	Этиологический диагноз «Менингококковый менингит» установлен на основании: острого развития клинической картины, фебрильной температуры тела гнойного характера изменений ликвора (нейтрофильный плеоцитоз, сниженное содержание сахара, увеличение белка ликвора), характерных изменений кожных покровов (розеолезная сыпь, геморрагическая сыпь), Для подтверждения данного этиологического диагноза требуются дополнительные бактериологические и серологические (РНГА, ИФА) исследования ликвора, крови, носоглоточной слизи.
P2	-	Этиологический диагноз установлен и обоснован верно.
P1	-	Этиологический диагноз установлен верно, однако нет обоснования или назначения дальнейшего обследования; или установлен и обоснован клинический диагноз «Менингит».
P0	-	Этиологический диагноз установлены неверно.
B	5	Определите тактику ведения данного пациента

Э	-	1. Антибактериальная терапия: в/в введение бактериостатических антибиотиков широкого спектра действия, проникающих через гематоэнцефалический барьер (левомецитина гемисукцинат), при отсутствии угрозы инфекционно-токсического шока - цефалоспорины 3 поколения, при верификации диагноза менингококкового менингита возможно применение пенициллинов. 2. Неспецифическое лечение включает в себя дегидратационную терапию для борьбы и профилактики отека головного мозга, дезинтоксикационную терапию, симптоматическое лечение.
---	---	--

P2	-	Тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Указана необходимость антибактериальной терапии , дегидратации и дезинтоксикации; но не выбраны антибактериальные препараты или нет обоснования лечения
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
И	20	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 34 года, в течение последнего месяца стала отмечать слабость мышц век, особенно справа, появляющуюся ближе к вечеру, после зрительной нагрузки. В течение последних двух дней жалуется на нарастание слабости век, а также появление двоения в глазах. Сегодня утром верхнее веко правого глаза опустилось полностью. Объективно - офтальмоплегия справа, птоз века справа, полуптоз слева, мышечная сила, тонус, сухожильные рефлексы в конечностях сохранены, без патологии. По данным МСКТ грудной клетки - доброкачественная опухоль вилочковой железы - тимомы. В анализе периферической крови - без патологии.
В	1	Перечислите и обоснуйте синдромы, приведенные в задаче.
Э	-	Синдром паралича поперечно-полосатой глазной мускулатуры. Миастенический синдром (симптомы патологической мышечной утомляемости поперечно-полосатых глазодвигательных мышц правого глаза и мышц, поднимающих верхнее веко с двух сторон)
P2	-	Синдромальный диагноз и обоснование предоставлены верно.
P1	-	Синдромальный диагноз поставлен частично, или приведено неверное обоснование синдромов.
P0	-	Синдромальный диагноз поставлен неверно.
В	2	Предложите наиболее вероятный топический диагноз
Э	-	Поражение нервно-мышечных синапсов
P2	-	Топический диагноз установлен верно.

P1	-	Топический диагноз установлен не точно, но указано поражение периферической нервной системы.
P0	-	Топический диагноз выставлен полностью неверно.
B	3	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз
Э	-	Клинический диагноз миастении, глазной формы, установлен на основании сочетания синдрома вялого паралича глазной мускулатуры,

		симптомов патологической мышечной утомляемости (миастенического синдрома), наличия тимомы на МСКТ грудной клетки.
P2	-	Клинический диагноз установлен и обоснован верно.
P1	-	Клинический диагноз установлен не точно, или нет обоснования, однако выставлен диагноз «Миастения».
P0	-	Клинический диагноз установлен неверно.
B	4	Составьте план дополнительного обследования пациента
Э	-	1. Проведение прозериновой пробы (2 мл 0,05% р-ра прозерина п/к с оценкой эффективности через 40 мин.), 2. ЭНМГ (подтверждение нарушения нервно-мышечной проводимости)
P2	-	План дополнительного обследования пациента на стационарном этапе представлен верно.
P1	-	Указан 1 пункт из 2
P0	-	План дополнительного обследования пациента на стационарном этапе представлен не верно.
B	5	Определите тактику ведения данного пациента
Э	-	Медикаментозная терапия первого этапа фокальной формы миастении включает в себя назначение: - антихолинэстеразной терапии (пиридостигмин, калимин), - препаратов калия (калия хлорид), - калийсберегающих диуретиков (спиронолактон). Необходимость назначения хирургических методов лечения (тимэктомии), методов экстракорпоральной иммунокоррекции (плазмаферез, гемосорбция), терапии глюкокортикоидами, цитостатиков нужно обсуждать только в случае неэффективности медикаментозной терапии первого этапа и прогрессирования заболевания.
P2	-	Тактика лечения выбрана верно.

P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно или представлена частично.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1 Перечень тестовых заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: кейс-задания.
5.1.1 Кейс- задания к зачёту по «Клинической практике»:

ПРОСЫ

т слабость в ногах, возникло похудание мышц голеней. Пациент стал менее вынослив при физических нагрузках. Подобные изменения имелись у отца пациента.

атрофия мышц ног, более выраженная в дистальных отделах («ноги аиста»), мышечная сила в разгибателях стоп симметрична, рефлексов нет. Походка изменена - при ходьбе больной высоко поднимает ногу, выбрасывает её вперед и резко опускает на стопы и голени. В позе Ромберга – пошатывание, резко усиливающееся при закрытии глаз. Мочеиспускание не

визуально выявлено снижение ахилловых рефлексов, атрофия мышц дистальных отделов ног

ставлено не полностью (1 балл)

рный характер нарушений: 1 балл

невропатии, постепенного прогрессирования заболевания и указаний на наличия подобного заболевания в семейном анамнезе

дифференциальную диагностику между поражением периферических нервов, спинного мозга и собственно мышечной патологией, при которой повышается уровень данного фермента в крови

консультирование

ода

лла)

лов)

ПРОСЫ

калывания, жжения в стопах и жгучие боли в них, усиливающиеся в ночное время и стихающие после ходьбы, а также боли в кистях и стопах. Пациент принимает препараты регулярно. Около 4 лет назад выявлено нарушение толерантности к глюкозе. В течение этих лет пациент принимает препараты, которые со временем постепенно усилились и стали сопровождаться умеренными болями и легкой слабостью в ногах. Кожа чистая, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 120/80 мм рт.ст. ЧСС 72 уд/мин. Пульс 72 уд/мин. Язык чистый. Стул по поясничной области отрицательный.

Пациент ориентируется. Черепные нервы без патологии. Сила мышц D=S=5 баллов. Мышечный тонус D=S. Сухожилия intact. Чувствительность снижена с обеих сторон с уровня середины голени. Расстройства мочеиспускания отсутствуют. Лабораторные данные: глюкоза – 8,2 ммоль/л, креатинин – 92 мкмоль/л, мочевины 8,7 ммоль/л, АсАт 24 Ед, АлАт 22 Ед.

ечение полиневропатии или ее характеристики

и и онемение в стопах, сохраняющиеся в течение нескольких месяцев, и выявленных при неврологическом осмо

ичные симптомы полиневропатии

рантности к глюкозе и повышение уровня сахара крови натощак, наиболее вероятен диагноз: «Диабетическая хрон

тация эндокринолога – для подтверждения диагноза сахарного диабета и диабетического генеза полиневропатии.
умин суточной мочи – для выявления таких осложнений сахарного диабета, как ретинопатия и/или нефропатия, т
европатии.

ного обмена.

выраженного болевого синдрома.
ны препаратов
препаратов
ПРОСЫ
ной больницы с жалобами на интенсивные боли, слабость и онемение в ногах, невозможность самостоятельного
а тяжести боли в спине усилились и стали распространяться по задне-наружной поверхности правого бедра, голе
сть болевого синдрома несколько уменьшилась. Состояние ухудшилось 3 часа назад, когда после подъема с кроват
ьных болей. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердц
и ориентируется. Черепные нервы без патологии. Сила снижена в мышцах-сгибателях стоп и ягодичных мышцах.
ма, пальценосовую пробу выполняет правильно с обеих сторон. Болевая и тактильная чувствительность отсутств
я, но не уточнено вовлечение в патологический процесс корешков конского хвоста
ногах, невозможность самостоятельного мочеиспускания, а также на основании данных клинико-неврологическ
х сторон, острая задержка мочи.
ичные симптомы поражения корешков конского хвоста
нием после подъема тяжести радикулопатии правого S1 корешка, острое ухудшение состояния после подъема с к

подтверждения факта сдавления грыжей диска корешков конского хвоста.
анализ крови, коагулограмма, ЭКГ. Необходимо в связи с тем, что показано экстренное оперативное лечение.

ое обследование

ия

ПРОСЫ

резкая боль в области шеи и развилась слабость в ногах и руках. Не смог самостоятельно выйти на берег. Товари
ие диафрагмальное, ЧД 24 в мин. В легких дыхание везикулярное, ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца ритмич
пации остистых отростков в области шеи на уровне C5, C6, C7 позвонков

ны минимальные движения в плечевых суставах, в дистальных отделах рук и ногах движения отсутствуют. Мы
флексы с обеих сторон отсутствуют. Все виды чувствительности с уровня C6 отсутствуют.
а и выявлен оскольчатый перелом тела C6 позвонка со смещением отломков.

льные нарушения с развитием диафрагмального типа дыхания

чувствительности с уровня С6 дерматома, наиболее вероятно поражение спинного мозга на уровне шейного утолщения.

я, острое развитие симптоматики после травмы шеи, снижение мышечного тонуса в конечностях и отсутствие сухожильных рефлексов с уровня С6 позвонка со смещением отломков наиболее вероятен диагноз: «Закрытая позвоночно-спинномозговая травма с уровнем С6 дерматома».

клинические синдромы.

ом этапе

казаний к оперативному лечению. Проводятся лабораторные исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, ЭКГ, мониторинг артериального давления, назначение антибиотиков.

резонансная (МРТ) томография шейного отдела позвоночника, общеклиническое обследование, но не указана необходимость обследования позвоночника или не указана необходимость общеклинического обследования.

гационар

дела позвоночника), проводится катетеризация мочевого пузыря. Транспортировка осуществляется на шите или на носилках. При поступлении в стационар необходимо решение вопроса об экстренном оперативном лечении. После операции проводится наблюдение за состоянием пациента.

о указана необходимость не менее 3 из следующих 4 пунктов:

ПРОСЫ

й руке.

нии алкогольного опьянения.

раски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 74 уд. в мин.,

сти ориентируется. Черепные нервы без патологии. Паралич мышц-разгибателей левой кисти и пальцев (“висяч
ьцев

я по тыльной поверхности лучевой половины кисти, I, II и частично III пальцев

гствует областям иннервации лучевого нерва.

ионно-ишемический генез невропатии установлен на основании данных анамнеза: слабость развилась во время гл

речисленных

ПРОСЫ

затем клонические судороги во всех конечностях, в конце приступа произошло непроизвольное мочеиспускание.

ски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 74 уд.в мин., АД –
и ориентируется. Черепные нервы без патологии. Сила мышц D=S=5 баллов. Мышечный тонус D=S. Сухожильны
чеиспускания отрицает.

ий припадок

азана неверно

роксиэпизма

ический припадок – вызвать скорую помощь

для исключения органической патологии головного мозга
ов эпилептической активности головного мозга в межприступном периоде

можно назначение дополнительных методов

шите тактику ведения пациента.

стологическим и иммуногистохимическим исследованием

гистохимического исследования

ПРОСЫ

, двоение в глазах, подъем температуры тела до 38,5 °С.

бщую слабость, небольшую головную боль, тошноту. Имелась субфебрильная температура. Головная боль за 6 дн

дусов, анизокория, мидриаз слева, птоз слева, расходящееся косоглазие (отсутствует движение левого глазного яблока), светобоязнь), расходящееся косоглазие)

содержание сахара, при отстаивании ликвора образовалась фибриновая плёнка. В общесоматическом статусе отмечены увеличенные шейные лимфоузлы.

содержание сахара, при отстаивании ликвора образовалась фибриновая плёнка. В общесоматическом статусе отмечены увеличенные шейные лимфоузлы.

4, или приведено неверное обоснование синдромов

на основании сочетания синдромов поражения черепных нервов, общемозгового и менингеального синдромов.

очек или черепных нервов)

, менингеального, инфекционного синдромов.

на основании подострого характера развития менингита, специфических изменений ликвора (выпадение фибринового осадка), менингеального, инфекционного синдромов. Для уточнения диагноза требуется проведение специфических тестов на туберкулез (бактериологическое, серологическое обследование).

длительно с использованием препаратов специфической терапии (изониазид, рифампицин, этамбутол, пиразина

ерно.

ПРОСЫ

стро. В течение 2-х дней беспокоит сильная головная боль, тошнота, рвота на фоне высокой температуры выш

нфекцию, наблюдалось поражение слизистой носовой полости и наружных кожных покровов герпетического хар

мптом Кернига, уровень сознания снижен до умеренного оглушения, периодически наблюдаются делириозные эп
3 г\л, сахар - 2,1 ммоль\л.

серозного характера)

иведено неверное обоснование синдромов

и мозговых оболочек установлен на основании сочетания синдромов раздражения прецентральной извилины лоб

очек или лобной или височной долей головного мозга)

поражения вещества головного мозга (лобной и височной долей), общемозгового, менингеального, инфекционного с

полнительные лабораторные методы диагностики могут подтвердить или опровергнуть данный этиологический ди
рого характера развития клинической картины, серозного характера изменений ликвора (лимфоцитарный плео
й головного мозга, судорожного синдромов), указания в анамнезе на герпетическое поражение слизистых и кожных

ростных дыхательных расстройств с помощью ИВЛ
интоксикационная терапия

мерно.

ПРОСЫ

стро, начало с подъема температуры тела до 39-40 °С. В течение 2-х дней беспокоит сильная головная боль на фоне

симптом Кернига. Других изменений в неврологическом статусе нет.

ь, а также багрово-красные геморрагические элементы с синюшным оттенком.

425 клеток в 1 мм³, нейтрофилы - 2300, белок - 1,66 г/л, сахар - 1,97 ммоль/л, хлориды - 700 мг%.

гнойного характера)
я кожных покровов).

ведено неверное обоснование синдромов

я менингеального синдрома и отсутствия очаговых неврологических синдромов.

, менингеального, инфекционно-токсического синдромов.

олнительные лабораторные методы диагностики могут подтвердить или опровергнуть данный этиологический ди

ржание сахара, увеличение белка ликвора),

, бактериологические и серологические (РНГА, ИФА) исследования ликвора, крови, носоглоточной слизи.

дальнейшего обследования; или установлен и обоснован клинический диагноз «Менингит».

окого спектра действия, проникающих через гематоэнцефалический барьер (левомицетина гемисукцинат), при отс

ы и профилактики отека головного мозга, дезинтоксикационную терапию, симптоматическое лечение.

ии; но не выбраны антибактериальные препараты или нет обоснования лечения

ПРОСЫ
обенно справа, появляющуюся ближе к вечеру, после зрительной нагрузки. В течение последних двух дней жалует ила, тонус, сухожильные рефлексы в конечностях сохранены, без патологии. - тимомы. В анализе периферической крови - без патологии.
речно-полосатых глазодвигательных мышц правого глаза и мышц, поднимающих верхнее веко с двух сторон)
синдромов.
овной системы.
я синдрома вялого паралича глазной мускулатуры, симптомов патологической мышечной утомляемости (миастен
диагноз «Миастения».
тивности через 40 мин.),
ерно.
е верно.

бя назначение:

экстрокорпоральной иммунокоррекции (плазмаферез, гемосорбция), терапии глюкокортикоидами, цитостатико

ерно или представлена частично.

ПРОСЫ

бость в ногах (трудно было подняться по лестнице). Состояние постепенно ухудшалось в течение недели: при пос
4 баллов, в ногах проксимально до 3-4 баллов, дистально – до 1-2 баллов. Сухожильные рефлексы отсутствуют

сочетания у пациента синдромов вялого тетрапареза и полиневритического типа чувствительных расстройств.

европатия» (синдром Гийена-Барре) выставлен на основании:

В

ом этапе

океров неспецифического воспаления периферической крови),
ким нервам, демиелинизирующего характера поражения периферических нервных стволов).

обоснован верно.

ерно, однако нет обоснования, или представлен частично.

е верно.

ри необходимости помещения пациента в палату интенсивной терапии для проведения ИВЛ (вследствие возможн
булина класса G.

ерно или представлена частично.

ПРОСЫ

сивности боли в суставах, в результате чего стало трудно передвигаться. Также пациент отметил появление общей
а резко возникших болей в области правого бедра и правого коленного сустава. Родственники вызвали СМП, паци
нного гестоза у матери в 1 и 3 триместрах. В раннем детстве отмечалась задержка психо-моторного развития
ошел учиться в ПТУ, которое не закончил ввиду возникших проблем в обучении (выполнение домашнего задания
нят свои обязанности, из-за чего уволился с работы. Не женат, живет с родителями.

ура тела в подмышечной впадине 37,7 гр. Пальпаторно выявлено увеличение поднижнечелюстных, заушных, н
на 1,5-2 см, край умеренно болезненный; при пальпации селезенки отмечается ее увеличение (+7 см).

обственной личности. Со стороны ЧМН – сходящееся косоглазие, отставание глаз при слежении за молоточком.
парата. Сухожильные рефлексы снижены. Миотонический синдром. ПНП выполняет с мимопопаданием с двух ст

припухлость мягких тканей с признаками кровоизлияния в них. Кожные покровы при пальпации горячие на ощуп
ч.

релом правой бедренной кости со смещением отломком. Признаки асептического некроза в области н/3 тела бе

спленомегалии, поражения ЦНС со снижением интеллекта, поражения костного аппарата, цитопенического син
оций диагноз:

именно к группе сфинголипидозов - Болезнь Гоше.

пления сфинголипидов. Указано точная нозологическая единица – болезнь Гоше

пления

озидазой и симптоматическая терапия (могут быть перечислены варианты симптоматической терапии)

нантной глюкоцереброзидазой и симптоматической терапии (могут быть перечислены варианты симптоматическо

ания чем) и симптоматической терапии (могут быть перечислены варианты симптоматической терапии)

ты симптоматической терапии

болеваниями, не относящимися к болезням обмена:

ПРОСЫ

ле сна. Из анамнеза известно: 2 дня назад, после ночного сна в состоянии алкогольного опьянения развилась слабость. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 74 уд. в мин., ориентирован. Черепно-мозговые нервы без патологии. Паралич мышц-разгибателей левой кисти и пальцев, нарушены локтевом суставе сохранены. Клинически поражения

говных корешков.

:

пени выраженности, а также для отслеживания динамики проводится:

м уровнем поражения лучевого нерва можно считать

нельного синдрома является

ия более чем 1:1,5

сдавления и выше места сдавления более чем 1:1,5)

ПРОСЫ

льной больницы. Жалобы на интенсивные боли в пояснице, слабость и онемение в ногах, невозможность самостоя-
щие боли в обеих ногах, онемение и слабость в них. За прошедшие сутки больная заметила, что не может самосто-
равого бедра, голени и стопы. Прошла курс амбулаторного лечения, после чего выраженность болевого синдром
в пояснице и ногах. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. То-
сти ориентирована. Черепно-мозговые нервы без патологии. Сила снижена в мышцах-сгибателях стоп и ягодич
и болевого синдрома, пальценосовую пробу выполняет правильно с обеих сторон. Болевая и тактильная чувстви

ОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

естцового отдела)

)

осмотра и данных нейровизуализации, не подтверждающих наличие дискогенной компрессии лечебно-диагности

ПРОСЫ

ь в области шеи и развилась слабость в ногах и руках. При нырянии в незнакомом месте ударился головой о дно
ий нет.

. Дыхание диафрагмальное, ЧД 24 в мин. В легких дыхание везикулярное, ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца р
альпации остистых отростков в области шеи на уровне С5, С6, С7 позвонков.

. В верхних конечностях возможно лишь пожимание плечами, в дистальных отделах рук и ногах движения отсутс
их сторон отсутствуют. Все виды чувствительности с уровня С6 отсутствуют.

релом тела С6 позвонка со смещением отломков.

овать шкалу:

нальных больных

лемым диагностическим компонентом осмотра является:

инктера)

иоде позвоночно-спинномозговой травмы в качестве стандарта включает:

ночника на догоспитальном этапе каждой бригаде «скорой медицинской помощи» необходимо иметь:

ягкий головодержатель

йного отдела позвоночника должны быть госпитализированы в:

рапии)

ары

ПРОСЫ

ния, жжения и боли в стопах, усиливающиеся в ночное время и стихающие после ходьбы, а также легкую слабость, сопровождающуюся умеренными болями и легкой слабостью в стопах.

нимает регулярно. В это же время выявлено нарушение толерантности к глюкозе. Назначенную врачом диету не соблюдает.

стые, обычной окраски, слизистые бледно-розовые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца при перкуссии приглушены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

сти ориентирована. Черепно-мозговые нервы без патологии. Сила мышц верхних и нижних конечностей: D=S=5 баллов. Координация движений нарушена. Рвотные пробы выполняет правильно с обеих сторон. Болевая и температурная чувствительность снижена с обеих сторон.

глюкоза 10,0 ммоль/л, мочевина 8,7 ммоль/л, АсАт 24 Ед, АлАт 22 Ед.

Следующие исследования, у данного пациента необходимо исследовать:

НОЗ:

ная полиневропатия

зирующая дистальная сенсомоторная полиневропатия)

й полиневропатии может быть одним из первых признаков наличия:

ПРОСЫ
лярной опухоли червя мозжечка. От общей анестезии отошла без особенностей. В первые сутки после операции ч
боли, боль приняла распирающий характер, на основании чего было принято решение выполнить люмбальную п
изошло резкое угнетение уровня сознания до комы 1. На мониторе изменение ритма дыхания по типу Чейн-Стокс
ость затылочных мышц + 5 поперечных пальцев, симптом Кернига с угла 50 градусов, двухсторонние положитель
ное отверстие)
е дислокационного синдрома является
я сознания , нарушения витальных функций и нарастанием неврологической симптоматики после выведения боль
а с развитием синдрома угнетения сознания , нарушения витальных функций и нарастанием неврологической сим
х функций, либо указано нарастание неврологической симптоматики
окации мозга может быть
нном синдроме будет являться
я развития дислокации головного мозга у пациентов с объемными образованиями полости черепа является
иуретиков

вати на 30 градусов), назначение диуретиков

ПРОСЫ

нок без сознания. Жалоб не предъявляет.

олкновении с другим легковым автомобилем. Анамнез жизни неизвестен.

в 1 минуту. Тоны сердца: приглушенные. Патологические шумы не определяются. АД 140/90 мм рт.ст., ЧСС 60 в

зует боль, речевого ответа нет, экстензорные судороги. Анизокория справа. Парез взора вверх. Гемипарез слева. Д

сятся:

о отдела позвоночника необходима его иммобилизация)

жание жизненно важных функций (устранение гиповолемии - стандарт)

ние и поддержание жизненно важных функций (устранение артериальной гипотензии - стандарт)

я уровень сознания 8 и менее баллов по ШКГ

Характерными признаками тяжелой черепно-мозговой травмы является уровень сознания 8 и менее баллов по Ш

е

синдрома.

ция противопоказана при наличии дислокационного синдрома)

лой линзы» расположенной в правой лобно-височной области, толщиной 1,5см, объемом более 50 см³, что является

показания к удалению независимо от степени бодрствования.

Эпидуральная гематома объемом более 30 см³ требует хирургического удаления независимо от степени бодрствования.

ПРОСЫ

х, шаткость при ходьбе, неритмичные непроизвольные движения в туловище, лице и конечностях; частые вспышки гнева в 32-летнем возрасте, в дальнейшем отмечала постепенное нарастание симптомов болезни. Неконтролируемые привычки, не может выполнять обычные домашние дела из-за наличия непроизвольных движений. За последний год несколько раз падала и сейчас не может встать самостоятельно. Хронические заболевания: гастрит.

Непроизвольные движения и умерли в возрасте 55 и 60 лет соответственно. У пациентки есть две сестры и брат. У старшей сестры также есть непроизвольные движения.

Кожа бледная, сухая, покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 13 в 1 мин. Тонус мышц снижен. Эмоционально лабильна, фон настроения снижен. Глазные щели равномерные. Движения грубые, не скоординированные. Фотореакции живые, симметричные. Расстройств чувствительности на лице нет. Мышечная сила в конечностях – 5 баллов. Не может удерживать язык в высунутом изо рта положении более 30 секунд. Мышечная сила в конечностях – 5 баллов. Чувствительности не выявлено. Менингеальные знаки отрицательные. В позе Ромберга не устойчива как с закрытыми, так и с открытыми глазами. При ходьбе пошатывается - походка «танцующая». При пальпации мышц болезненность не выявлена. МоСА-тест: 22 балла.

Результаты суточных CAG-повторов в локусе 4p16.3: количество CAG-повторов равно 54

наличия органических и психических расстройств, отягощённого семейного анамнеза, а также наличие экспансии тринуклеотидных

первичная атрофия:

являющимся гетерозиготным носителем мутации данного заболевания? Ответ обоснуйте.

ом наследования. Каждый ребёнок в семье с родителем, являющимся гетерозиготным носителем мутации БГ, име

количества CAG-повторов — чем их больше, тем раньше появляются симптомы заболевания. Величина CAG-эксп
тическая нестабильность CAG-повторов), так и действия факторов внешней среды.

ции (ответ обоснуйте):

ение тетрабеназина (при отсутствии у пациента суицидальных проявлений, дисфагии, депрессии, раздражитель
действия тетрабеназина является селективное и обратимое ингибирование везикулярного переносчика моноамино
птических везикулах.

ПРОСЫ

лении плановой кардиологии многопрофильной клинической больницы. Жалоб ввиду наличия речевых нарушений
зад у пациента во время эмоциональной беседы по телефону сначала резко нарушилась речь, а затем развилась сла

гипертоническая болезнь, синдром слабости синусового узла (корригированный установкой электрокардиостим
периндоприл. Аллергической реакции на лекарственные препараты ранее не отмечено.
емпература тела – 36,8°C. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Видимых повреждений кожных покровов не

В 25, 1 сек, МНО 1,1. Показано ли проведение внутривенной тромболитической терапии данному пациенту? Ответ

ного тромболиза в первые 3 часа, в т.ч. прием пероральных антикоагулянтов не ограничивает применение тромболитиков. Не имеет дополнительные противопоказания такие как: прием оральных антикоагулянтов и инсульт в анамнезе.

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета:

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены незначительные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продemonстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продemonстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)
Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)
Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)
Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»