

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«Неврология»

Специальность 31.08.42. «Неврология»
код, наименование

Квалификация врач-невролог

Кафедра: нервных болезней,

Форма обучения очная

Нижний Новгород
2023

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине «Неврология»

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Неврология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Неврология». 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 дисциплине «Неврология» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
3	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющее оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов в экзаменационных билетах

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-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5 ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, 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, ПК-8	Текущий	Раздел 1. Общая неврология	Тестовые задания Ситуационные задачи
	Текущий	Раздел 2. Частная неврология	Тестовые задания Ситуационные задачи
	Промежуточный	Разделы и темы дисциплины	Тестовые задания Вопросы к экзамену

4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме тестовых заданий и ситуационных задач.

4.1. Тестовые вопросы с вариантами ответов для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, 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, ПК-8

Раздел 1. Общая неврология	
1.	ПРИ ПОРАЖЕНИИ ОТВОДЯЩЕГО НЕРВА ВОЗНИКАЕТ ПАРАЛИЧ а) Наружной прямой мышцы б) Верхней прямой мышцы в) Нижней прямой мышцы г) Нижней косой мышцы
2.	НЕУСТОЙЧИВОСТЬ В ПОЗЕ РОМБЕРГА ПРИ ЗАКРЫВАНИИ ГЛАЗ ЗНАЧИТЕЛЬНО УСИЛИВАЕТСЯ ПРИ а) Сенситивной атаксии б) Мозжечковой атаксии в) Вестибулярной атаксии г) Лобной атаксии
3.	ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЗРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ВОЗНИКАЕТ а) Гомонимная гемианопсия б) Биназальная гемианопсия в) Битемпоральная гемианопсия г) Нижнеквадрантная гемианопсия
4.	ПРИ КАКОМ НАРУШЕНИИ ИМЕЮТСЯ ПАРАЛИЧИ ИЛИ ПАРЕЗЫ РЕЧЕВОЙ МУСКУЛАТУРЫ: А. дизартрии Б. заикании В. дислалии Г. афазии
5.	ОБОНЯТЕЛЬНЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: а) Височной доли б) Теменной доли в) Обонятельной луковицы г) Обонятельного бугорка
6.	С ПОМОЩЬЮ КАКОГО КОНТРОЛЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ МЕХАНИЗМ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В РЕЧЕВОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ? А. кинестетического Б. зрительный В. слухового Г. обонятельного
7.	ПОЛОВИННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОПЕРЕЧНИКА СПИННОГО МОЗГА (СИНДРОМ БРОУН-СЕКАРА) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЦЕНТРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ НА СТОРОНЕ ОЧАГА В СОЧЕТАНИИ: а) С нарушением глубокой чувствительности на стороне очага б) С нарушением всех видов чувствительности на противоположной стороне в) С нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага г) С нарушением всех видов чувствительности на стороне очага
8.	ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЧЕРВЯ МОЗЖЕЧКА НАБЛЮДАЕТСЯ АТАКСИЯ: а) Статическая

	б) Динамическая в) Вестибулярная г) Сенситивная
9.	ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ПРОВОДНИКОВЫХ РАССТРОЙСТВ БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НА УРОВНЕ Th 10 ДЕРМАТОМА ПРИ ПОРАЖЕНИИ СПИННОГО МОЗГА НА УРОВНЕ СЕГМЕНТА: а) Th8 или Th9 б) Th6 или Th7 в) Th9 или Th10 г) Th10 или Th11
10.	ГДЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ЯДРА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ ИННЕРВИРУЮЩИЕ МЫШЦЫ ГЛОТКИ? А. продолговатом мозге Б. мосте В. среднем мозге Г. мозжечке
11.	ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОМ ПАРЕЗЕ ЛЕВОГО ЛИЦЕВОГО НЕРВА, СХОДЯЩЕМСЯ КОСОГЛАЗИИ ЗА СЧЕТ ЛЕВОГО ГЛАЗА, ГИПЕРЕСТЕЗИИ В СРЕДНЕЙ ЗОНЕ ЗЕЛЬДЕРА СЛЕВА, ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕФЛЕКСАХ СПРАВА ОЧАГ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ: а) В мосту мозга слева б) В левом мостомозжечковом углу в) В правом полушарии мозжечка г) В области верхушки пирамиды левой височной кости
12.	СОЧЕТАНИЕ БОЛИ И ГЕРПЕТИЧЕСКИХ ВЫСЫПАНИЙ В НАРУЖНОМ СЛУХОВОМ ПРОХОДЕ И НА УШНОЙ РАКОВИНЕ, НАРУШЕНИЕ СЛУХОВОЙ И ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ФУНКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ УЗЛА: а) Коленчатого б) Вестибулярного в) Крылонебного г) Гассерова
13.	АЛЕКСИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: а) Угловой извилины б) Верхней лобной извилины в) Парагиппокампальной извилины г) Таламуса
14.	ПОРАЖЕНИЕ КОНСКОГО ХВОСТА СПИННОГО МОЗГА СОПРОВОЖДАЕТСЯ: а) Вялым парезом ног и нарушение чувствительности по корешковому пути б) Спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами в) Нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи г) Спастическим парезом ног без расстройства чувствительности и нарушением функции тазовых органов
15.	ИСТИННЫЙ АСТЕРЕОГНОЗ ОБУСЛОВЛЕН ПОРАЖЕНИЕМ: а) Теменной доли б) Лобной доли в) Височной доли г) Затылочной доли

16.	<p>ВЫПАДЕНИЕ ВЕРХНИХ КВАДРАНТОВ ПОЛЕЙ ЗРЕНИЯ НАСТУПАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ:</p> <p>а) Язычной извилины</p> <p>б) Глубинных отделов теменной доли</p> <p>в) Первичных зрительных центров в таламусе</p> <p>г) Наружных отделов зрительного перекреста</p>
17.	<p>БОЛЬНОЙ СО ЗРИТЕЛЬНОЙ АГНОЗИЕЙ:</p> <p>а) Видит предметы, но не узнает их</p> <p>б) Плохо видит окружающие предметы, но узнает их</p> <p>в) Видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной</p> <p>г) Не видит предметы по периферии полей зрения</p>
18.	<p>БОЛЬНОЙ С МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ:</p> <p>а) Понимает обращенную речь, но не может говорить</p> <p>б) Не понимает обращенную речь и не может говорить</p> <p>в) Может говорить, но не понимает обращенную речь</p> <p>г) Может говорить, но речь скандированная</p>
19.	<p>АМНЕСТИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ:</p> <p>а) Стыка височной и теменной долей</p> <p>б) Лобной доли</p> <p>в) Теменной доли</p> <p>г) Стыка лобной и теменной долей</p>
20.	<p>СОЧЕТАНИЕ ПАРЕЗА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ МЯГКОГО НЕБА, ОТКЛОНЕНИЯ ЯЗЫЧКА ВПРАВО, ПОВЫШЕНИЯ СУХОЖИЛЬНЫХ РЕФЛЕКСОВ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕФЛЕКСОВ НА ПРАВЫХ КОНЕЧНОСТЯХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПОРАЖЕНИИ:</p> <p>а) Продолговатого мозга на уровне двигательного ядра IX и X нервов слева</p> <p>б) Продолговатого мозга на уровне X нерва слева</p> <p>в) Колена внутренней капсулы слева</p> <p>г) Заднего бедра внутренней капсулы слева</p>
21.	<p>КОМПРЕССИОННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО НЕРВА СОПРОВОЖДАЕТСЯ:</p> <p>а) Болями по медиальной поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра</p> <p>б) Болями по задней поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра</p> <p>в) Болями по передней поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра</p> <p>г) Болями по наружной поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра</p>
22.	<p>ХВАТАТЕЛЬНЫЙ РЕФЛЕКС (ЯНИШЕВСКОГО) ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ:</p> <p>а) Лобной доли</p> <p>б) Теменной доли</p> <p>в) Височной доли</p> <p>г) Затылочной доли</p>
23.	<p>ДЕЦЕРЕБРАЦИОННАЯ РИГИДНОСТЬ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ СТВОЛА МОЗГА НА УРОВНЕ:</p> <p>а) Красных ядер</p> <p>б) Верхних отделов продолговатого мозга</p> <p>в) Нижних отделов продолговатого мозга</p> <p>г) Моста мозга</p>

24.	АЛЬТЕРНИРУЮЩИЙ СИНДРОМ ФОВИЛЛЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОДНОВРЕМЕННЫМ ВОВЛЕЧЕНИЕМ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС НЕРВОВ: а) Лицевого и отводящего б) Лицевого и глазодвигательного в) Языкоглоточного и блуждающего г) Подъязычного и добавочного
25.	КОНСТРУКТИВНАЯ АПРАКСИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: а) Теменной доли доминантного полушария б) Теменной доли недоминантного полушария в) Лобной доли доминантного полушария г) Лобной доли недоминантного полушария
26.	РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ ТИПА КОРСАКОВСКОГО СИНДРОМА ВОЗНИКАЮТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: а) Медио-базальных отделов височной доли б) Верхних отделов теменной доли в) Верхних отделов затылочной доли г) Нижних отделов лобной доли
27.	КОМПРЕССИОННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО НЕРВА СОПРОВОЖДАЕТСЯ: а) Болями по медиальной поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра б) Болями по задней поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра в) Болями по передней поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра г) Болями по наружной поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра
28.	АСТЕРЕОГНОЗ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: а) Верхней теменной доли б) Язычной извилины теменной доли в) Нижней лобной извилины г) Верхней височной извилины
29.	ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ПАРЕЗ ЛЕВОЙ РУКИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА: а) В среднем отделе передней центральной извилины справа б) В колоне внутренней капсулы в) В нижних отделах передней центральной извилины слева г) В верхних отделах передней центральной извилины слева
30.	СУДОРОЖНЫЙ ПРИПАДОК НАЧИНАЕТСЯ С ПАЛЬЦЕВ ЛЕВОЙ НОГИ В СЛУЧАЕ РАСПОЛОЖЕНИЯ ОЧАГА: а) В верхнем отделе передней центральной извилины справа б) В переднем адверсивном поле справа в) В верхнем отделе задней центральной извилины справа г) В нижнем отделе передней центральной извилины справа

Ответы к тестам 1 раздела

Номер тестового задания	Номер ответа эталона
1.	А
2.	А

3.	A
4.	A
5.	A
6.	A
7.	A
8.	A
9.	A
10.	A
11.	A
12.	A
13.	A
14.	A
15.	A
16.	A
17.	A
18.	A
19.	A
20.	A
21.	A
22.	A
23.	A
24.	A
25.	A
26.	A
27.	A
28.	A
29.	A

30.	А
-----	---

Раздел 2. Частная неврология	
1.	<p>1. КАРОТИДНО-КАВЕРНОЗНОЕ СОУСТЬЕ ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ СТЕНКИ</p> <p>а) Кавернозной части внутренней сонной артерии</p> <p>б) Глазничной вены</p> <p>в) Трабекулярных артерий</p> <p>г) Яремной вены</p>
2.	<p>2. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОТКРЫТЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) Повреждение апоневроза</p> <p>б) Перелом костей черепа</p> <p>в) Ушиб головного мозга</p> <p>г) Повреждение твердой мозговой оболочки</p>
3.	<p>3. ВЕЛИЧИНА ЛИКВОРНОГО ДАВЛЕНИЯ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ММ ВОДНОГО СТОЛБА</p> <p>а) 120</p> <p>б) 100</p> <p>в) 80</p> <p>г) 210</p>
4.	<p>4. ФЕНОМЕН КУШИНГА ПРИ ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>а) Артериальной гипертензией и брадикардией</p> <p>б) Артериальной гипотензией и тахикардией</p> <p>в) Низким венозным давлением и экстрасистолией</p> <p>г) Высоким содержанием белка в ликворе</p>
5.	<p>5. ПРИ РЕЗКОМ ПОВЫШЕНИИ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ОПАСАТЬСЯ</p> <p>а) Дислокации ствола мозга</p> <p>б) Кровотечения</p> <p>в) Гипертермии</p> <p>г) Внутримозговой гематомы</p>
6.	<p>6. ПРИЧИНОЙ ВАЗОГЕННОГО ОТЕКА МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) Нарушения гематоэнцефалического барьера</p> <p>б) Рефлекторный вазоспазм</p> <p>в) Гемодинамический эффект</p> <p>г) Повышение внутричерепного давления</p>
7.	<p>7. ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ПАРЕЗ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ</p> <p>а) Области передней центральной извилины</p> <p>б) Височной области</p> <p>в) Полюса лобной доли</p> <p>г) Мозолистого тела</p>
8.	<p>8. РАННИМ СИМПТОМОМ ОПУХОЛИ МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА ЯВЛЯЕТСЯ</p>

	<p>а) Шум в ухе</p> <p>б) Двусторонняя глухота</p> <p>в) Шум в голове</p> <p>г) Односторонняя глухота</p>
9.	<p>9. ПОРАЖЕНИЕ VII НЕРВА ПРИ ОПУХОЛИ МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА ВЫЗЫВАЕТ</p> <p>а) Периферический ипсилатеральный парез мимических мышц</p> <p>б) Центральный контралатеральный парез мимических мышц</p> <p>в) Гипестезию на ипсилатеральной половине лица</p> <p>г) Снижение вкуса на задней трети языка</p>
10.	<p>10. ЧАСТЫМИ ЖАЛОБАМИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) Головные боли, потливость, слабость, зрительные нарушения, расстройство половых функций</p> <p>б) Нарушение сна, нижний парапарез, дисфагия</p> <p>в) Головная боль, тошнота, дисфония</p> <p>г) Головная боль, парезы верхних конечностей, джексоновские припадки</p>
11.	<p>11. ЗРИТЕЛЬНЫМИ СИМПТОМАМИ ОПУХОЛЕЙ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) Битемпоральная гемианопсия</p> <p>б) Биназальная гемианопсия</p> <p>в) Амавроз</p> <p>г) Квадрантная гемианопсия</p>
12.	<p>12. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ КРАНИОФАРИНГИОМАХ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ</p> <p>а) Обызвествлением опухоли или ее капсулы</p> <p>б) Платибазией или базиллярной импрессией</p> <p>в) Признаками гидроцефально-гипертензионного синдрома</p> <p>г) Остеодистрофией костей свода черепа</p>
13.	<p>13. КРАНИОФАРИНГИОМЫ РАЗВИВАЮТСЯ ИЗ</p> <p>а) Кармана Ратке</p> <p>б) Аденогипофиза</p> <p>в) Дна III желудочка</p> <p>г) Нейрогипофиза</p>
14.	<p>14. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЭНДОКРИННО-ОБМЕННЫМ НАРУШЕНИЯМ ПРИ КРАНИОФАРИНГИОМАХ У ВЗРОСЛЫХ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) Импотенция или аменорея</p> <p>б) Несахарный диабет</p> <p>в) Адипозо-генитальный синдром</p> <p>г) Гипотензия</p>
15.	<p>15. К ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫМ ОПУХОЛЯМ СПИННОГО МОЗГА ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) Эпендимомы</p> <p>б) Невриномы</p> <p>в) Менингиомы</p> <p>г) Шванномы</p>
16.	<p>16. ОПУХОЛИ МОЗГОВОГО КОНУСА СПИННОГО МОЗГА ВЫЗЫВАЮТ</p> <p>а) Недержание мочи</p> <p>б) Боли в одной ноге</p> <p>в) Задержку мочи</p>

	г) Боли в межлопаточной области
17.	<p>17. СИМПТОМ «ОСТИСТОГО ОТРОСТКА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ</p> <p>а) Локальную болезненность при надавливании и постукивании по остистому отростку позвонка</p> <p>б) Боль в ногах при перкуссии остистых отростков позвонков</p> <p>в) Локальные боли в спине после нагрузки по оси позвоночника</p> <p>г) Боли при ходьбе с иррадиацией в конечности</p>
18.	<p>18. ПРИ ПАРКИНСОНИЗМЕ ПОРАЖАЕТСЯ</p> <p>а) Черная субстанция</p> <p>б) Красное ядро</p> <p>в) Прецентральная извилина</p> <p>г) Мозжечок</p>
19.	<p>19. ПРИ УРОВНЕ В КРОВИ КРЕАТИНФОСФОКИНАЗЫ, ПРЕВЫШАЮЩЕМ НОРМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ В 40-50 РАЗ, СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ</p> <p>а) Лице-лопаточно-плечевую мышечную дистрофию</p> <p>б) Диабетическую полиневропатию</p> <p>в) Генерализованную миастению</p> <p>г) Ревматическую полимиалгию</p>
20.	<p>20. ТИПОМ НАСЛЕДОВАНИЯ АТАКСИИ ФРИДРАЙХА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) Аутосомно-рецессивный</p> <p>б) Аутосомно-доминантный</p> <p>в) Х-сцепленный</p> <p>г) Полигенный</p>
21.	<p>21. К СИМПТОМАМ ГЕПАТОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ ОТНОСЯТ</p> <p>а) Кольцо Кайзера-Флейшера</p> <p>б) Атрофию зрительного нерва</p> <p>в) Помутнение хрусталика</p> <p>г) Отек дисков зрительных нервов</p>
22.	<p>22. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ МИАСТЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) Образование антител к ацетилхолиновым рецепторам постсинаптической мембраны</p> <p>б) Гипопродукция ацетилхолинэстеразы</p> <p>в) Образование антител к миелину</p> <p>г) Гиперпродукция ацетилхолина</p>
23.	<p>ДОМИНИРУЮЩИМИ СИМПТОМАМИ ОСТРОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) Общемозговые (головная боль, тошнота, рвота, нарушение сознания, эпилептические припадки)</p> <p>б) Очаговые «полушарные» (гемипарезы, афазия, гемианопсия)</p> <p>в) Мозжечковые (расстройство координации движений, нистагм)</p> <p>г) Характерные для поражения черепных нервов (диплопия, прозопарез, монокулярное снижение зрения, скотомы)</p>
24.	<p>ОСОБОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К ИШЕМИИ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ ОБЛАДАЮТ</p> <p>а) Гиппокамп, кора больших полушарий и кора мозжечка</p> <p>б) Продолговатый мозг и черепные нервы</p> <p>в) Передние отделы варолиева моста и среднего мозга</p> <p>г) Базальные ганглии и внутренняя капсула</p>

25.	<p>ТИПИЧНЫЙ ДЛЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ОЧАГ В СПИННОМ МОЗГЕ ПО ДАННЫМ МЕГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ЗАНИМАЕТ ПО ДЛИНЕ _____ СЕГМЕНТОВ</p> <p>а) Два или менее б) Три или менее в) Четыре или более г) Пять или более</p>
26.	<p>ВОЗБУДИТЕЛЕМ СЕРОЗНОГО МЕНИНГИТА МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ</p> <p>а) Вирус простого герпеса 1 типа б) Пневмококк в) Гемофильная палочка г) Менингококк</p>
27.	<p>У ПАЦИЕНТА, У КОТОРОГО РАЗВИЛСЯ ВТОРИЧНЫЙ ГНОЙНЫЙ МЕНИНГИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОТИТА И СИНУСИТА, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ МЕНИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) Пневмококк б) Менингококк в) Вирус простого герпеса г) Стафилококк</p>
28.	<p>ПСЕВДОБУЛЬВАРНЫЙ СИНДРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ СОЧЕТАННОМ ПОРАЖЕНИИ _____ ПОЛУШАРИЯ</p> <p>а) Пирамидных путей доминантного и недоминантного б) Пирамидных и мозжечковых путей доминантного в) Чувствительных и мозжечковых путей недоминантного г) Чувствительных и экстрапирамидных путей доминантного</p>
29.	<p>ГЛАВНОЙ ПРИЧИНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С НАРУШЕНИЕМ РИТМА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) Снижение системного перфузионного давления б) Повышение вязкости крови в) Повышение активности свертывающей системы г) Ухудшение реологических свойств крови</p>
30.	<p>СИНДРОМ ВАЛЛЕНБЕРГА-ЗАХАРЧЕНКО ВОЗНИКАЕТ ПРИ ОККЛЮЗИИ</p> <p>а) Нижней задней артерии мозжечка б) Коротких циркулярных артерий варолиева моста в) Длинных циркулярных артерий продолговатого мозга г) Парамедианных артерий среднего мозга</p>

Ответы к тестам 2 раздела

Номер тестового задания	Номер ответа эталона
1.	А
2.	А
3.	А
4.	А

5.	A
6.	A
7.	A
8.	A
9.	A
10.	A
11.	A
12.	A
13.	A
14.	A
15.	A
16.	A
17.	A
18.	A
19.	A
20.	A
21.	A
22.	A
23.	A
24.	A
25.	A
26.	A
27.	A
28.	A
29.	A
30.	A

4.3. Ситуационные задачи для оценки компетенций УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, 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, ПК-8

№ п/п	Код трудовой функции	Наименование трудовой функции
1	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и(или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза
2	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и(или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности
И	1	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>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.</p> <p>Наличие хронических заболеваний отрицает.</p> <p>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.</p> <p>В неврологическом статусе: ЧМН: парез VII-пары с обеих сторон - лагофтальм, грубее справа, затруднение при свисте, надувании щек, невозможность наморщить лоб. Патологии других черепных нервов не выявлено. Выраженный периферический тетрапарез. Сила в дистальных отделах конечностей снизилась до 1-2 баллов. Глубокие рефлексы отсутствуют, гипестезия кистей и стоп. Нервные стволы болезненные. Менингеальных знаков нет. Вибрационная чувствительность на стопах резко снижена.</p> <p>Клинические анализы крови, мочи в норме. ЦСЖ на 12-й день болезни: белок 1,12 г/л, цитоз - 5 клеток в 1 мкл.</p>
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 клинико-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	-	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>При офтальмоскопии — застойные диски зрительных нервов.</p>

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.
В	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), 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	-	<p>Больная Р., 48 лет, поступила в клинику с жалобами на постоянную интенсивную головную боль, сопровождающиеся тошнотой и, периодически, рвотой, не приносящей облегчения.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

		На глазном дне - явления начального застоя дисков зрительных нервов.
В	1	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный синдромальный диагноз
Э	-	<p>1. Нарушения психики, характерные для поражения лобных долей (расторможенно-эйфорический синдром): неряшливость, эйфоричность, дурашливость, неадекватные поступки на работе, нескритичность к собственному состоянию, вязкость, наклонность к плоским шуткам, неопрятность.</p> <p>2. Центральный парез лицевого нерва (вовлечение нижней мимической мускулатуры- легкая сглаженность носогубной складки) слева,</p> <p>3. Центральный левосторонний гемипарез (снижение мышечной силы,повышение мышечного тонуса и сухожильных рефлексов слева, + симптом Бабинского слева)</p> <p>4. Гипертензионный синдром (постоянная, интенсивная головная боль, сопровождающаяся тошнотой и рвотой; по данным офтальмоскопии — явления начального застоя дисков зрительных нервов).</p>
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	-	<p>Объемное образование правой лобной доли (вероятно метастатического характера).</p> <p>Учитывая</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
B	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.
B	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	-	<p>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») .</p> <p>Из анамнеза: изменения внешности появились около 2 лет назад, постепенно нарастают. Головные боли и снижение зрения появились около 2 месяцев назад.</p> <p>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.</p> <p>ST.LOCALIS- увеличение надбровных дуг, носа, губ; увеличение размера кистей и стоп по отношению к длине конечностей и тела.</p> <p>Осмотр окулиста- VIS OS-1,0, VIS OD- 0,2.</p>
В	1	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный синдромальный диагноз
Э	-	<p>1. Битемпоральная гемианопсия (выпадение латеральных полей зрения с обеих сторон),</p> <p>2. Амблиопия справа (снижение остроты зрения на правый глаз, VIS</p> <p>3. Гипертензионный синдром (постоянная , интенсивная головная боль неопределенной локализации, сопровождающаяся тошнотой),</p> <p>4. Акромегалия (увеличение надбровных дуг, носа, губ, увеличение размера кистей и стоп).</p>
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
В	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: аденокортикотропный 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	-	<p>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.</p> <p>При поступлении жалобы на головные боли в лобной области,</p> <p>т</p> <p>о</p> <p>шПри осмотре: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, ориентирован в месте, времени и собственной личности. События, произошедшие незадолго до автоаварии, больной не помнит.</p> <p>т</p> <p>уПри осмотре: пульс 84 уд. в мин, АД 135\ 85 мм рт.ст., дыхание ритмичное 18 раз в 1 мин, кожные покровы бледные, сухие.</p> <p>В неврологическом статусе: сознание ясное, быстро истощается на вопросы отвечает адекватно, менингеальных симптомов нет, симптомов очагового поражения нервной системы нет, в позе Ромберга и пошатывание без четкой сторонности.</p>
В	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.
В	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	-	

		<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 - положительные справа, + симптом Бабинского справа, клонид правой стопы.</p>
В	1	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный синдромальный диагноз
Э	-	<p>1. Общемозговая симптоматика (уровень сознания- сопор, ШКТГ- 9 баллов),</p> <p>2. Менингеальный синдром (ригидность затылочных мышц + 2 пальца, симптом Кернига с угла 130 градусов с обеих сторон),</p> <p>3. Центральный гемипарез справа (сухожильные рефлексы повышены справа, верхняя и нижняя пробы Барре положительные справа, + симптом Бабинского справа, клонид правой стопы</p> <p>4. Стволовой синдром: брадикардия(пульс 54 уд. в 1 мин), анизокория с мидриазом слева (диаметр зрачков D<S , слева – расширен, ф</p> <p>о</p>
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	-	<p>1. Синдром поражения левой лобной доли (или левого полушария головного мозга), так как имеется центральный правосторонний гемипарез</p> <p>2. Синдром поражения среднего мозга, так как имеется анизокория.</p>
P2	-	Топический диагноз обоснован верно.

P1	-	Топический диагноз выставлен неверно, но указано, что имеется поражение ствола головного мозга.
P0	-	Топический диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз
Э	-	<p>Диагноз «Закрытая черепно-мозговая травма (ЧМТ): сдавление головного мозга».</p> <p>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.</p>
P2	-	Клинический диагноз сформулирован верно.
P1	-	Клинический диагноз сформулирован верно, но не обоснован
P0	-	Клинический диагноз сформулирован не правильно
B	4	Составьте и обоснуйте план обследования пациента на стационарном этапе
Э	-	<p>1. Компьютерная томография (КТ) головного мозга.</p> <p>2.Предоперационное обследование: общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, ЭКГ</p>
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.
B	5	На компьютерной томографии выявлена субдуральная гематома левой лобно-височной области, смещение срединных структур на 13 мм вправо. Опишите тактику лечения данного пациента.
Э	-	<p>1. Экстренная операция – удаление гематомы</p> <p>Интенсивная терапия: поддержание жизненно важных функций (артериальное давление, дыхание), борьба с отеком мозга, поддержание водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса, профилактика осложнений</p>
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	-	<p>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.</p> <p>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.</p>
В	1	Опишите клинические синдромы, выявленные у больного
Э		<p>Снижение сознания до степени оглушения</p> <p>Левосторонний гемипарез</p> <p>Левосторонняя гемигипестезия</p>
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		<p>Очаг поражения локализуется в правом полушарии головного мозга.</p> <p>Топический диагноз установлен на основании наличия у больного левостороннего гемипареза и гемигипестезии с этой же стороны</p>
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	<p>При поступлении в стационар, пациенту была выполнена компьютерная томография (КТ) головного мозга.</p> <p>На КТ головного мозга выявлен очаг повышенной плотности в области базальных ядер правого полушария головного мозга, объемом 40 мл,</p>

		<p>Сдавление ипсилатерального желудочка головного мозга. См. Рисунок</p>  <p>Рисунок 1. КТ головного мозга Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз</p>
Э	-	<p>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 гипертензия III стадии, риск 4</p>
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	-	<p>Диагноз геморрагического инсульта установлен на основании:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 гипертензии (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	-	<p>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 острейшем периоде внутримозгового нетравматического кровоизлияния нельзя, поскольку резкое снижение АД может привести к ухудшению церебральной перфузии и усугублению повреждения головного мозга</p>

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	-	<p>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.</p> <p>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.</p>
В	1	Опишите клинические синдромы, выявленные у больного и обоснуйте синдромальный диагноз
Э		<p>Угнетение сознания до уровня сопора</p> <p>Менингеальный синдром.</p> <p>Менингеальный синдром установлен на основании имеющихся у больного светобоязни, ригидности мышц шеи, симптома Кернига с двух сторон.</p>
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)
В	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
В	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
В	5	Составьте и обоснуйте план обследования пациента
О	-	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

		<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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%</p>
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	-	

		<p>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 61 год, гипертоническая болезнь в анамнезе, выявление атеросклеротической бляшки устье правой внутренней сонной артерии по данным дуплексного сканирования).</p> <p>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.</p>
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)
B	4	Составьте и обоснуйте план обследования пациента
Э	-	<p>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</p> <p>1. Компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга (для исключения инфаркта и иной патологии головного мозга).</p> <p>2. Общеклиническое обследование:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	-	<p>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.</p> <p>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.</p>
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)
В	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)
В	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)
В	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 внутримозгового 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	-	<p>Больной М., 23 лет в течение последних 4 лет появилась и постепенно прогрессирует слабость в ногах, возникло похудание мышц голени. 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.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное.</p> <p>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.</p>
В	1	Опишите клинический синдром, выявленный у больного, обоснуйте
Э		<p>Полиневритический синдром</p> <p>Данный синдром выставлен т.к. имеется</p> <ul style="list-style-type: none"> - нарушение чувствительности в ногах по полиневритическому типу, - симметричный дистальный парез 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)
B	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	-	<ul style="list-style-type: none"> - 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	-	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

		<p>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.</p> <p>В анализах: Hb 134 г/л, Эр 4,5*10*12/л, Ле 8,7*10*9/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.</p>
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
В	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
В	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	-	<p>1. Гликемический профиль, уровень гликозилированного гемоглобина крови, консультация эндокринолога – для подтверждения диагноза сахарного диабета и диабетического генеза полиневропатии.</p> <p>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.</p> <p>3. Электронейромиография (ЭНМГ) с рук и ног – для подтверждения диагноза полиневропатии.</p>
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	-	<p>1. Нормализация уровня глюкозы в крови</p> <p>2. Лечение полиневропатии: витамины группы В, препараты тиоктовой кислоты.</p> <p>3. Симптоматическая терапия: антиконвульсанты или антидепрессанты в случае выраженного болевого синдрома.</p>
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.

		<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
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	-	<p>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.</p>

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
B	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
B	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
B	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		<p>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.</p> <p>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</p> <p>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.</p>
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
B	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
B	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 шите 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		<p>Пациент 42 лет, обратился в поликлинику к неврологу с жалобами на слабость в левой руке.</p> <p>Из анамнеза: слабость в руке развилась остро 2 дня назад после ночного сна в состоянии алкогольного опьянения.</p> <p>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.</p> <p>В неврологическом статусе: сознание ясное, в месте, времени и собственной личности ориентируется. Черепные нервы без патологии.</p>

		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
B	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	-	<p>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.</p> <p>В анамнезе указаний на хронические заболевания и травмы нет.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
B	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
B	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
B	3	Перечислите основные принципы оказания неотложной помощи при данном виде пароксизма
Э	-	1. Предотвратить травматизацию во время приступа 2. Если рот приоткрыт – проложить мягкую ткань между зубами 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
B	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
B	5	На МРТ головного мозга выявлено объемное образование левой височной доли. Опишите тактику ведения пациента.
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> 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	-	<p>Больной 21 год, поступил с жалобами на сильные головные боли, рвоту, светобоязнь, двоение в глазах, подъем температуры тела до 38,5 °С.</p> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>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.</p>
B	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	-	<p>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.</p> <p>Из анамнеза известно, что в течение 2 нед. назад перенес респираторную вирусную инфекцию, наблюдалось поражение слизистой носовой полости и наружных кожных покровов герпетического характера.</p> <p>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.</p>
B	1	Перечислите и обоснуйте синдромы, приведенные в задаче.
Э	-	<p>Общемозговой синдром (головные боли, тошнота, рвота, угнетение сознания)</p> <p>Менингеальный синдром (положительные менингеальные знаки, изменение ликвора серозного характера)</p>

		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.
B	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.
B	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.
B	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/мм3, 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.
B	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 3. 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 мм3, нейтрофилы - 2300, белок - 1,66 г/л, сахар - 1,97 ммоль\л, хлориды - 700 мг%.
B	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.
В	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.
В	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 (левомицетина 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.
B	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.
В	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.
В	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	-	<p>Медикаментозная терапия первого этапа фокальной формы миастении включает в себя назначение:</p> <ul style="list-style-type: none"> - антихолинэстеразной терапии (пиридостигмин, калимин), - препаратов калия (калия хлорид), - калийсберегающих диуретиков (спиронолактон). <p>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.</p>
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.
И	21	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная 32 лет, через неделю после перенесенной вирусной инфекции заметила слабость в ногах (трудно было подняться по лестнице). Состояние постепенно ухудшалось в течение недели: при поступлении жалуется на онемение и слабость в конечностях.</p> <p>Объективно: Черепные нервы без патологии. Мышечная сила снижена в кистях до 4 баллов, в ногах проксимально до 3-4 баллов, дистально – до 1-2 баллов. Сухожильные рефлексы отсутствуют. Снижение всех видов чувствительности по полиневритическому типу. Положительный симптом Лассега с обеих сторон с угла 45.</p> <p>В анализе ликвора - цитоз 5 клеток в 1 мм³, белок - 1,66 г/л.</p>
B	1	Перечислите синдромы, приведенные в задаче.
Э	-	<p>Синдром периферического тетрапареза</p> <p>Полиневритический тип чувствительных расстройств</p>
P2	-	Синдромальный диагноз и обоснование предоставлены верно.
P1	-	Выставлен один синдром из двух
P0	-	Синдромальный диагноз поставлен неверно.
B	2	Предложите и обоснуйте наиболее вероятный топический диагноз

Э	-	Топический диагноз «Поражение периферических нервов» установлен на основании сочетания у пациента синдромов вялого тетрапареза и полиневритического типа чувствительных расстройств.
P2	-	Топический диагноз установлен и обоснован верно.
P1	-	Топический диагноз установлен, но отсутствует обоснование.
P0	-	Топический диагноз выставлен и обоснован полностью неверно.
В	3	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз
Э	-	Клинический диагноз «Острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия» (синдром Гийена-Барре) выставлен на основании: - указания в анамнезе на перенесенную вирусную инфекцию, - острое развитие клинической картины поражения периферических нервных стволов - значительное повышение белка в ликворе при отсутствии цитоза.
P2	-	Клинический диагноз установлен и обоснован верно.
P1	-	Клинический диагноз установлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	Клинический диагноз установлен неверно.
В	4	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента на стационарном этапе
Э	-	- общий анализ крови, анализ крови на С-реактивный белок (для оценки наличия маркеров неспецифического воспаления периферической крови), - ЭНМГ (подтверждение замедления проведения нервного импульса по периферическим нервам, демиелинизирующего характера поражения периферических нервных стволов).
P2	-	План дополнительного обследования пациента на стационарном этапе представлен и обоснован верно.
P1	-	План дополнительного обследования пациента на стационарном этапе представлен верно, однако нет обоснования, или представлен частично.
P0	-	План дополнительного обследования пациента на стационарном этапе представлен не верно.
В	5	Определите тактику ведения данного пациента
Э	-	

		<p>1. Срочная госпитализация больного в неврологическое отделение с возможностью при необходимости помещения пациента в палату интенсивной терапии для проведения ИВЛ (вследствие возможного развития паралича дыхательной мускулатуры),</p> <p>2. Максимально раннее назначение плазмафереза и терапии препаратами иммуноглобулина класса G.</p>
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.
И	22	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина 25 лет, в течении последних 2 недель стал отмечать нарастающие по интенсивности боли в суставах, в результате чего стало трудно передвигаться. Также пациент отметил появление общей слабости в теле, быстрой утомляемости, тяжести в животе. Два дня назад при выполнении работы по дому упал, ударился правой ногой, после чего самостоятельно встать не смог из-за резко возникших болей в области правого бедра и правого коленного сустава. Родственники вызвали СМП, пациент доставлен в больницу.</p> <p>Из анамнеза жизни: один ребенок в семье, беременность протекала на фоне умеренного гестоза у матери в 1 и 3 триместрах. В раннем детстве отмечалась задержка психо-моторного развития (ходить начал в 1,8 месяцев, первые слоги произнес в 2 года). В школу пошел с 10 лет, учился удовлетворительно в коррекционном классе. Закончил 9 классов школы, после чего пошел учиться в ПТУ, которое не закончил ввиду возникших проблем в обучении (выполнение домашнего задания давалось с трудом, часто возникали конфликты с однокурсниками). До недавнего времени работал грузчиком на мебельной фабрике, однако ввиду ухудшения состояния не смог выполнять свои обязанности, из-за чего уволился с работы. Не женат, живет с родителями.</p> <p>При осмотре: телосложение нормостеническое, кожные покровы бледные. Температура тела в подмышечной впадине 37,7 гр. Пальпаторно выявлено увеличение поднижнечелюстных, заушных, надключичных, подмышечных, паховых лимфатических узлов. При пальпации живота отмечается относительное увеличение живота в размерах; печень выстоит из-под реберной дуги на 1,5-2 см, край умеренно болезненный; при пальпации селезенки отмечается ее увеличение (+7 см).</p> <p>В неврологическом статусе: пациент в сознании, ориентирован в месте, времени и собственной личности. Со стороны ЧМН – сходящееся косоглазие, отставание глаз при слежении за молоточком. Движения в верхних конечностях и в левой ноге сохранены, в правой ноге проверить невозможно ввиду выраженного болевого синдрома и возможной патологии костно-суставного аппарата. Сухожильные рефлексы снижены. Миотонический синдром. ПНП выполняет с мимоподражанием с двух сторон, ПКП и позу Ромберга невозможно</p>

		<p>оценить. При оценке ВПФ отмечено признаки умеренного снижения интеллекта.</p> <p>St.localis: в области н/3 правого бедра и правого коленного сустава отмечается отек, припухлость мягких тканей с признаками кровоизлияния в них. Кожные покровы при пальпации горячие на ощупь, резко болезненны.</p> <p>В ОАК: Hb 120 г/л, RBC 3,45 x 10¹²/л, WBC 15 x 10⁹/л, PLT 114 x 10⁹/л, СОЭ 20 мм/ч.</p> <p>Рентгенография правых бедренной кости и коленного сустава: внутрисуставной перелом правой бедренной кости со смещением отломком. Признаки асептического некроза в области н/3 тела бедренной кости и в области латерального надмыщелка. «Вздутие» дистальных метафизов правой бедренной кости. Расширение суставной щели правого коленного сустава.</p>
В	1	Перечислите основные синдромы, выявленные у пациента
Э	-	<p>Гепатоспленомегалия</p> <p>2. Цитопенический синдром</p> <p>3. Астенический синдром</p> <p>4. Лимфоаденопатия</p> <p>5. Геморрагический синдром</p> <p>6. Нарушение интеллектуального развития</p> <p>7. Костно-суставные нарушения</p> <p>8. Лихорадка</p> <p>9. Болевой синдром</p> <p>10. Поражение ЦНС</p>
P2	-	Перечислено 9 - 10 синдромов
P1	-	Перечислено 7 – 8 синдромов
P0	-	Перечислено менее 7 синдромов
В	2	Укажите еще необходимые методы дообследования для данного пациента
Э	-	<p>1. МРТ или КТ органов брюшной полости</p> <p>2. УЗИ органов брюшной полости</p> <p>Остеоденситометрия</p> <p>4. Биохимический анализ крови с определением уровня печеночных ферментов</p> <p>5. Коагулограмма</p> <p>6. Морфологический анализ костного мозга</p> <p>7. Определение активности кислой β-глюкоцереброзидазы</p> <p>8. Определение активности хитотриозидазы</p>
P2	-	Перечислено 7 – 8 методов
P1	-	Перечислено 6 – 5 методов
P0	-	Ответ не верный

В	3	При наличии у пациента вышеописанной клинической картины, признаков гепато- и спленомегалии, поражения ЦНС со снижением интеллекта, поражения костного аппарата, цитопенического синдрома, изменения активности бета-глюкоцереброзидазы 07 нМ/мг/час (норма 4,7 – 19) и уровня хитотриозидазы до 20050 нМ/мг/час можно предположить у пациента следующий диагноз:
Э		Наследственное заболевание относящееся к лизосомальным болезням накопления а именно к группе сфинголипидозов - Болезнь Гоше.
P2		Указано что заболевание наследственное, относится к лизосомальным болезням накопления сфинголипидов. Указано точная нозологическая единица – болезнь Гоше
P1		Указано что заболевание наследственное, относится к лизосомальным болезням накопления
P0		Указано что заболевание наследственное
В	4	Основным принципом терапии болезни Гоше является:
Э		Патогенетическая заместительная ферментная терапия рекомбинантной глюкоцереброзидазой и симптоматическая терапия (могут быть перечислены варианты симптоматической терапии)
P2		Указано назначение патогенетической заместительной ферментной терапии рекомбинантной глюкоцереброзидазой и симптоматической терапии (могут быть перечислены варианты симптоматической терапии)
P1		Указано назначение патогенетической заместительной ферментной терапии (без указания чем) и симптоматической терапии (могут быть перечислены варианты симптоматической терапии)
P0		Указано назначение симптоматической терапии либо перечислены отдельные варианты симптоматической терапии
В	5	Дифференциальный диагноз болезни Гоше необходимо проводить со следующими заболеваниями, не относящимися к болезням обмена:
Э		остеомиелит 2.костный туберкулёз 3.вирусный гепатит 4.онкологические заболевания крови 5. врожденные костные аномалии
P2		Перечислены все 5 групп заболеваний
P1		Перечислены 4 – 2 группы заболеваний

P0		Ответ не верный
И	23	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Пациент С.42 лет, обратился в поликлинику на слабость в левой руке возникшую после сна. Из анамнеза известно: 2 дня назад, после ночного сна в состоянии алкогольного опьянения развилась слабость в левой руке, трудность разгибания кисти и пальцев. Пациент работает слесарем. Выкуривает 1 пачку сигарет в день. Периодически злоупотребляет алкоголем.</p> <p>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.</p> <p>В неврологическом статусе: сознание ясное, в месте, времени и собственной личности ориентирован. Черепно-мозговые нервы без патологии. Паралич мышц-разгибателей левой кисти и пальцев, нарушение всех видов чувствительности на тыльной поверхности кисти, включая тыльную поверхность проксимальных фаланг I,II и половины III пальцев. Сгибание левой руки в плечевом и локтевом суставах сохранены.</p>
В	1	Возникшие у пациента двигательные и чувствительные нарушения соответствуют клинике поражения
Э		лучевого нерва
P2		Ответ соответствует эталонному ответу (лучевой нерв)
P1		Названо поражение заднего вторичного пучка плечевого сплетения
P0		Названо поражение локтевого, срединного нервов, плечевого сплетения, спинно-мозговых корешков.
В	2	Диагноз поражения периферического нерва ставится в первую очередь на основании:
Э		клинических данных
P2		Ответ соответствует эталонному (клинических данных)
P1		Названы инструментальные методы
P0		Ответ не верный
В	3	Для объективизации патологических изменений нерва, оценки их локализации и степени выраженности, а также для отслеживания динамики проводится:
Э		электронейромиографическое исследование

P2		Ответ соответствует эталонному (электронейромиографическое исследование)
P1		Названо МРТ нерва
P0		Ответ не верный
B	4	На основании данных клинико-неврологического осмотра пациента, предполагаемым уровнем поражения лучевого нерва можно считать
Э		среднюю треть плеча
P2		Ответ соответствует эталонному (средняя треть плеча)
P1		Названа область плеча
P0		Названы корешки спинного мозга или другой ответ
B	5	При проведении ультразвукового исследования нерва универсальным признаком туннельного синдрома является
Э		соотношение поперечного сечения нерва на уровне сдавления и выше места сдавления более чем 1:1,5
P2		Ответ соответствует эталонному (соотношение поперечного сечения нерва на уровне сдавления и выше места сдавления более чем 1:1,5)
P1		Названо сужение просвета запястного канала
P0		Ответ не верный
И	24	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Пациентка М., 45 лет доставлена родственниками в приемное отделение многопрофильной больницы. Жалобы на интенсивные боли в пояснице, слабость и онемение в ногах, невозможность самостоятельно помочиться.</p> <p>Состояние ухудшилось день назад, когда после подъема с кровати появились сильнейшие боли в обеих ногах, онемение и слабость в них. За прошедшие сутки больная заметила, что не может самостоятельно помочиться. В течение нескольких лет беспокоят боли в спине; месяц назад после подъема тяжести боли в спине усилились и появились боли по задне-наружной поверхности правого бедра, голени и стопы. Прошла курс амбулаторного лечения, после чего выраженность болевого синдрома несколько уменьшилась.</p> <p>Состояние средней степени тяжести, положение вынужденное из-за сильных болей в пояснице и ногах. 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.</p> <p>В неврологическом статусе: сознание ясное, в месте, времени и собственной личности ориентирована. Черепно-мозговые нервы без</p>

		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 с двух сторон. При катетеризации мочевого пузыря выведено 800 мл мочи.
В	1	У пациентки возник синдром:
Э		компрессии корешков конского хвоста
P2		Ответ соответствует эталонному (компрессии корешков конского хвоста)
P1		В ответе названо сдавление поясничных корешков
P0		Ответ не верный
В	2	В качестве стандарта диагностики, при возникновении боли в спине пациентке необходимо выполнить
Э		магнитно-резонансную томографию пояснично-крестцового отдела
P2		Ответ соответствует эталонному (магнитно-резонансную томографию пояснично-крестцового отдела)
P1		В ответе названа спиральная компьютерная томография
P0		Ответ не верный
В	3	С целью купирования болевого синдрома возможно использование
Э		нестероидных противовоспалительных препаратов
P2		Ответ соответствует эталонному (нестероидных противовоспалительных препаратов)
P1		В ответе названы «обезболивающие», либо «любые обезболивающие»
P0		Ответ не верный
В	4	При постановке диагностики «синдрома конского хвоста» пациент показано
Э		хирургическое лечение
P2		Ответ соответствует эталонному (хирургическое лечение)
P1		В ответе названо консультация нейрохирурга
P0		Ответ не верный
В	5	При установлении диагноза радикулопатии на основании клинико-неврологического осмотра и данных нейровизуализации, не

		подтверждающих наличие дискогенной компрессии лечебно-диагностический алгоритм алгоритм рекомендует
Э		консервативное лечение
P2		Ответ соответствует эталонному (консервативное лечение)
P1		В ответе названо консультация невролога
P0		Ответ не верный
И	25	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Пациент С., 25 лет доставлен машиной скорой медицинской помощи. На резкую боль в области шеи и развилась слабость в ногах и руках. При нырянии в незнакомом месте ударился головой о дно. Не смог самостоятельно выйти на берег. Товарищи вынесли его из воды и доставили в больницу. Работает водителем. Не женат. Вредных привычек не имеет. Хронических заболеваний нет.</p> <p>При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы чистые, физиологической 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.</p> <p>В неврологическом статусе: сознание ясное. Черепно-мозговые нервы без патологии. В верхних конечностях возможно лишь пожимание плечами, в дистальных отделах рук и ногах движения отсутствуют. Мышечный тонус в конечностях снижен. Сухожильные рефлексы: с двуглавых мышц плеча снижены, с трехглавой мышцы плеча, а также коленные и ахилловы рефлексы с обеих сторон отсутствуют. Все виды чувствительности с уровня С6 отсутствуют.</p> <p>Выполнена рентгенография шейного отдела позвоночника и выявлен оскольчатый перелом тела С6 позвонка со смещением отломков.</p>
В	1	При оценке неврологического статуса у спинальных больных целесообразно использовать шкалу:
Э		
P2		Ответ соответствует эталонному (ASIA)
P1		В ответе указано шкала оценки мышечной силы и чувствительных нарушений у спинальных больных
P0		Ответ не верный
В	2	При оценке мышечной силы у пациента у пациента со спинальной травмой, неотъемлемым диагностическим компонентом осмотра является:
Э		исследование сокращения наружного анального сфинктера

P2		Ответ соответствует эталонному (исследование сокращения наружного анального сфинктера)
P1		В ответе указано исследование функции мочевого пузыря
P0		Ответ не верный
B	3	Диагностический алгоритм комплекса инструментальных исследований в остром периоде позвоночно-спинномозговой травмы в качестве стандарта включает:
Э		спиральную компьютерную томографию
P2		Ответ соответствует эталонному (спиральную компьютерную томографию)
P1		В ответе указано рентгеновское исследование
P0		Ответ не верный
B	4	При оказании квалифицированной помощи пациенту с подозрением на травму позвоночника на догоспитальном этапе каждой бригаде «скорой медицинской помощи» необходимо иметь:
Э		жесткий головодержатель
P2		Ответ соответствует эталонному (жесткий головодержатель)
P1		В ответе указано головодержатель, без указания на степень жесткости или указано мягкий головодержатель
P0		Ответ не верный
B	5	Пациенты с острой осложненной или с неосложненной многоуровневой травмой шейного отдела позвоночника должны быть госпитализированы в:
Э		отделения реанимации или палаты интенсивной терапии
P2		Ответ соответствует эталонному (отделения реанимации или палаты интенсивной терапии)
P1		В ответе указано травматологический, нейрохирургический, хирургический стационары
P0		Ответ не верный
И	26	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Пациентка А. 58 лет, обратилась к врачу. Жалобы на ощущения онемения, покалывания, жжения и боли в стопах, усиливающиеся в ночное время и стихающие после ходьбы, а также легкую слабость в стопах. Около полугода назад появились преходящие ощущения онемения и покалывания в стопах, которые со временем постепенно

		<p>возникали все чаще, усилились и стали сопровождаться умеренными болями и легкой слабостью в стопах.</p> <p>В течение 5 лет страдает артериальной гипертензией, гипотензивные препараты принимает регулярно. В это же время выявлено нарушение толерантности к глюкозе. Назначенную врачом диету не соблюдала, уровень глюкозы крови не контролировала, к врачам не обращалась, так как ухудшения самочувствия не отмечала.</p> <p>Состояние удовлетворительное. Индекс массы тела – 35 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски, слизистые бледно-розовые. 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.</p> <p>В неврологическом статусе: сознание ясное. В месте, времени и собственной личности ориентирована. Черепно-мозговые нервы без патологии. Сила мышц верхних и нижних конечностей: D=S=5 баллов. Мышечный тонус D=S. Сухожильные рефлексы: с рук D=S, с ног: коленные D=S, ахилловы отсутствуют. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга устойчива, координаторные пробы выполняет правильно с обеих сторон. Болевая и температурная чувствительность снижена с обеих сторон с уровня середины голени, по типу «носок». Функции тазовых органов контролирует.</p> <p>В общем анализе крови: Hb 134 г/л, Эр 4,5*10¹²/л, Лейк. 8,7*10⁹/л, СОЭ 8 мм/ч.</p> <p>Биохимический анализ крови: глюкоза крови натощак – 8,2 ммоль/л, креатинин – 92 мкмоль/л, мочевины 8,7ммоль/л, АсАт 24 Ед, АлАт 22 Ед.</p>
В	1	При неврологическом осмотре, вместе с оценкой болевой и температурной чувствительности, у данного пациента необходимо исследовать:
Э		вибрационную чувствительность
P2		Ответ соответствует эталонному (вибрационную чувствительность)
P1		В ответе указано другие виды чувствительности
P0		Ответ не верный
В	2	На основании описанных симптомов у данной пациентки можно предположить диагноз:
Э		диабетическая хроническая аксонально-демиелинизирующая дистальная сенсомоторная полиневропатия
P2		Ответ соответствует эталонному (диабетическая хроническая аксонально-демиелинизирующая дистальная сенсомоторная полиневропатия)
P1		В ответе указано диабетическая полинейропатия

P0		Нет ответа либо любой другой ответ
B	3	Диабетическую полиневропатию можно отнести к:
Э		метаболической полиневропатии
P2		Ответ соответствует эталонному (метаболической полиневропатии)
P1		В ответе указано вторичная (приобретенная) полинейропатия
P0		Ответ не верный
B	4	Наиболее часто развитие дистальной аксонально-демиелинизирующей сенсомоторной полиневропатии может быть одним из первых признаков наличия:
Э		сахарного диабета типа 2
P2		Ответ соответствует эталонному (сахарного диабета типа 2)
P1		В ответе указано дисметаболическая полинейропатия
P0		Ответ не верный
B	5	Основным лечебным мероприятием при диабетической полиневропатии является:
Э		поддержание гликемии на нормальном уровне
P2		Ответ соответствует эталонному (поддержание гликемии на нормальном уровне)
P1		В ответе указано контроль уровня гликемии
P0		Ответ не верный
И	27	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Больной, 55 лет, было выполнено оперативное вмешательство: удаление интрамедуллярной опухоли червя мозжечка. От общей анестезии отошла без особенностей. В первые сутки после операции чувствовала умеренную слабость, головную боль, преимущественно в области послеоперационного шва.</p> <p>В течении последующих 2-х суток отмечалось нарастание интенсивности головной боли, боль приняла распирающий характер, на основании чего было принято решение выполнить люмбальную пункцию.</p> <p>После введения или, через 2 минуты после выведения 10 мл ликвора, у больной произошло резкое угнетение уровня сознания до комы 1. На мониторе изменение ритма дыхания по типу Чейн-Стокса с ЧД 20-8 в 1 мин., АД 185\105 мм рт.ст., пульс - 98 в 1 мин.</p> <p>В неврологическом статусе появился выраженный менингеальный синдром - ригидность затылочных мышц + 5 поперечных пальцев,</p>

		симптом Кернига с угла 50 градусов, двухсторонние положительные симптомы Бабинского.
В	1	Какой синдром развился у больной
Э		Вклинение миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие
P2		Ответ соответствует эталонному (Вклинение миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие)
P1		В ответе указано дислокация мозга или синдром дислокации мозга
P0		Ответ не верный
В	2	Основным диагностическим методом, позволяющим заподозрить у пациента развитие дислокационного синдрома является
Э		Резкое клиническое ухудшение состояния пациента с развитием синдрома угнетения сознания , нарушения витальных функций и нарастанием неврологической симптоматики после выведения большого количества ликвора
P2		Ответ соответствует эталонному (Резкое клиническое ухудшение состояния пациента с развитием синдрома угнетения сознания , нарушения витальных функций и нарастанием неврологической симптоматики после выведения большого количества ликвора)
P1		В ответе указано резкое ухудшение состояния, либо появление нарушения витальных функций, либо указано нарастание неврологической симптоматики
P0		Ответ не верный
В	3	Объективным инструментальным методом, позволяющим подтвердить наличие дислокации мозга может быть
Э		Компьютерная томография
P2		Ответ соответствует эталонному (Компьютерная томография)
P1		В ответе указано Эхо-энцефалоскопия
P0		Ответ не верный
В	4	Основным методом неотложной помощи больному с остро развившемся дислокационным синдроме будет являться
Э		Хирургическое лечение
P2		Ответ соответствует эталонному (Хирургическое лечение
P1		В ответе указана консультация нейрохирурга)
P0		Ответ не верный

В	5	Основными методами предупреждения внутричерепной гипертензии и как следствия развития дислокации головного мозга у пациентов с объемными образованиями полости черепа является
Э		Физические методы(поднятие головного конца кровати на 30 градусов), назначение диуретиков
P2		Ответ соответствует эталонному (Физические методы(поднятие головного конца кровати на 30 градусов), назначение диуретиков
P1		В ответе указано назначение диуретиков
P0		Ответ не верный
И	28	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Мальчик 12 лет доставлен машиной «скорой помощи» с места автокатастрофы. Ребёнок без сознания. Жалоб не предъявляет.</p> <p>Из анамнеза: Был пассажиром легкового автомобиля, пострадавшим при лобовом столкновении с другим легковым автомобилем. Анамнез жизни неизвестен.</p> <p>Объективный статус: Дыхание спонтанное, шумное, по типу Чейн-Стокса. ЧДД 10 в 1 минуту. Тоны сердца: приглушенные. Патологические шумы не определяются. АД 140/90 мм рт.ст., ЧСС 60 в 1 мин. Живот: Обычной формы, не вздут. Равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет.</p> <p>В неврологическом статусе: На болевые раздражители глаза не открывает, не локализует боль, речевого ответа нет, экстензорные судороги. Анизокория справа. Парез взора вверх. Гемипарез слева. Двухсторонние симптомы Бабинского. Диссоциация менингеальных симптомов по продольной оси тела.</p>
В	1	К необходимым мероприятиям оказания помощи на раннем госпитальном этапе относятся:
Э		<ol style="list-style-type: none"> 1. Иммобилизация шейного отдела позвоночника (при подозрении на травму шейного отдела позвоночника необходима его иммобилизация) 2. Устранение гиповолемии (при тяжелой ЧМТ необходимо восстановление и поддержание жизненно важных функций (устранение гиповолемии - стандарт) 3. Устранение артериальной гипотензии (при тяжелой ЧМТ необходимо восстановление и поддержание жизненно важных функций (устранение артериальной гипотензии - стандарт)
P2		Ответ соответствует эталонному
P1		В ответе указаны не все мероприятия, но они соответствуют эталонным
P0		Ответ не верный
В	2	Выявленные повреждения являются следствием (обоснуйте ответ):

Э		Тяжелой черепно-мозговой травмы Обоснование: Характерными признаками тяжелой черепно-мозговой травмы является уровень сознания 8 и менее баллов по ШКГ
P2		Ответ соответствует эталонному (Тяжелой черепно-мозговой травмы. Обоснование: Характерными признаками тяжелой черепно-мозговой травмы является уровень сознания 8 и менее баллов по ШКГ)
P1		Дан правильный ответ, но нет обоснования или оно неверное
P0		Ответ не верный
В	3	Насколько необходимо выполнение пациенту люмбальной пункции? Ответ обоснуйте
Э		Противопоказана. Обоснование: Люмбальная пункция противопоказана при наличии дислокационного синдрома.
P2		Ответ соответствует эталонному (Противопоказана. Обоснование: Люмбальная пункция противопоказана при наличии дислокационного синдрома)
P1		Дан правильный ответ, но нет обоснования или оно неверное
P0		Ответ не верный
В	4	Пациенту в экстренном порядке необходимо выполнение:
Э		Компьютерной томографии головного мозга
P2		Ответ соответствует эталонному (Компьютерной томографии головного мозга)
P1		В ответе указана магнитно-резонансная томография головного мозга
P0		Ответ не верный
В	5	Компьютерная томография выявила гиперденное образование в виде «двояковыпуклой линзы» расположенной в правой лобно-височной области, толщиной 1,5см, объемом более 50 см ³ , что является признаком эпидуральной гематомы. Учитывая данные КТ методом лечения повреждения мозга является (ответ обоснуйте):
Э		Хирургическое удаление гематомы Обоснование: Эпидуральная гематома объемом более 30 см ³ требует хирургического удаления независимо от степени бодрствования.
P2		Ответ соответствует эталонному (Хирургическое удаление гематомы. Обоснование: Эпидуральная гематома объемом более 30 см ³ требует хирургического удаления независимо от степени бодрствования.)
P1		Дан правильный ответ, но нет обоснования или оно неверное
P0		Ответ не верный
И	29	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

у	<p>Женщина 34 лет обратилась к врачу-неврологу. Жалобы на неловкость при движениях, шаткость при ходьбе, неритмичные произвольные движения в туловище, лице и конечностях; частые вспышки гнева, эпизоды пониженного настроения, снижение внимания и бессонницу. Анамнез заболевания: Впервые произвольные движения рук и тела пациентка заметила в 32-летнем возрасте, в дальнейшем отмечала постепенное нарастание симптомов болезни. Неконтролируемые движения усиливаются во время вспышек гнева, снижения настроения и отсутствуют во время сна. Ни в одной из конечностей нет слабости, но больная не может нормально выполнять обычные домашние дела из-за наличия произвольных движений. За последний год несколько раз падала из-за появившейся шаткости при ходьбе.</p> <p>Анамнез жизни: Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Профессиональных вредностей не имеет. Хронические заболевания: гастрит.</p> <p>Семейный анамнез: мать и бабушка по материнской линии имели схожие произвольные движения и умерли в возрасте 55 и 60 лет соответственно. У пациентки есть две сестры и брат. У старшего брата наблюдаются похожие симптомы и изменения в поведении. 26 летний брат и младшая 24 летняя сестра не имеют симптомов. У 10-летней дочери пациентки симптомы отсутствуют.</p> <p>Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост 166 см, масса тела 49 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 13 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 70 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.</p> <p>Неврологический статус: Пациентка в сознании, ориентирована в месте, времени и собственной личности. Эмоционально лабильна, фон настроения снижен. Глазные щели равномерные. Движения глазных яблок в полном объеме, однако пациентка не может фиксировать свой взгляд в одной точке более 30 секунд, отмечаются повторяющиеся мигающие движения. Зрачки округлой формы, размеры не изменены. Фотореакции живые, симметричные. Расстройств чувствительности на лице нет. Мимические пробы выполняет удовлетворительно. Глотание не нарушено. Рефлекс с мягкого нёба и задней стенки глотки сохранен. Язык по средней линии, однако пациентка не способна удерживать язык в высунутом изо рта положении более 30 секунд. Мышечная сила в конечностях – 5 баллов. Сухожильные рефлексы с рук и ног повышены, с расширением рефлексогенных зон, S=D. Патологических стопных знаков не выявляется. Мышечный тонус повышен. Расстройств чувствительности не выявлено. Менингеальные знаки отрицательные. В позе Ромберга не устойчива как с открытыми, так и с закрытыми глазами. При выполнении координаторных проб – дисметрия с 2-х сторон. Тазовые функции контролирует. Выявляются спонтанные неритмичные гиперкинезы во всех конечностях, туловище, мимических мышцах. При ходьбе пошатывается - походка «танцующая».</p> <p>Нейропсихологическое исследование выявило когнитивные нарушения: MMSE: 26 баллов, MoCA-тест: 22 балла.</p> <p>При проведении прямой ДНК-диагностики обнаружено: наличие экспансии тринуклеотидных CAG-повторов в локусе 4p16.3: количество CAG-повторов равно 54</p>
---	---

В	1	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз
Э		Болезнь Гентингтона. Обоснование: Наличие характерного сочетания двигательных нарушений, когнитивных и психических расстройств, отягощённого семейного анамнеза, а также наличие экспансии тринуклеотидных CAG-повторов в локусе 4p16.3 по результатам прямой ДНК-диагностики методом фрагментного анализа, позволяет диагностировать наличие болезни Гентингтона.
P2		Клинический диагноз установлен и обоснован верно.
P1		Клинический диагноз установлен верно, однако нет обоснования.
P0		Клинический диагноз установлен неверно.
В	2	Характерным для болезни Гентингтона является постепенно нарастающая преимущественная атрофия:
Э		полосатого тела
P2		Ответ соответствует эталонному (полосатого тела)
P1		В ответе указаны базальные ганглии, без уточнения конкретной структуры
P0		Ответ не верный
В	3	Каков риск унаследования (в %) болезни Гентингтона у ребёнка в семье с родителем, являющимся гетерозиготным носителем мутации данного заболевания? Ответ обоснуйте.
Э		Обоснование: Болезнь Гентингтона— это заболевание с аутосомно-доминантным типом наследования. Каждый ребёнок в семье с родителем, являющимся гетерозиготным носителем мутации БГ, имеет 50%-ный риск унаследования мутации этого заболевания (в случае гомозиготного носительства мутации БГ последняя передастся каждому представителю потомства).
P2		Ответ соответствует эталонному
P1		Дан правильный ответ, но нет обоснования или оно неверное
P0		Ответ не верный
В	4	На возраст дебюта болезни Гентингтона в первую очередь влияет? (ответ обоснуйте)
Э		величина CAG-экспансии Обоснование: Возраст дебюта БГ имеет обратно пропорциональную зависимость от количества CAG-повторов — чем их больше, тем раньше появляются симптомы заболевания. Величина CAG-экспансии определяет возраст дебюта БГ примерно на 56 % — остающаяся вариабельность может быть следствием как влияния иных генетических различий (в том числе мозаицизм и соматическая

		нестабильность САГ-повторов), так и действия факторов внешней среды.
P2		Ответ соответствует эталонному
P1		Дан правильный ответ, но нет обоснования или оно неверное
P0		Ответ не верный
B	5	Применение Тетрабеназина при болезни Гентингтона рекомендуется с целью коррекции (ответ обоснуйте):
Э		Хореи Обоснование: Для коррекции хореи при болезни Гентингтона рекомендуется применение тетрабеназина (при отсутствии у пациента суицидальных проявлений, дисфагии, депрессии, раздражительности, агрессии и иных противопоказаний к назначению тетрабеназина). Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1). Основным механизмом действия тетрабеназина является селективное и обратимое ингибирование везикулярного переносчика моноаминов (ВПА) 2-го типа, который широко представлен в головном мозге (в частности, в полосатом теле) и участвует в цитоплазматическом транспорте дофамина и его депонировании в синаптических везикулах.
P2		Ответ соответствует эталонному
P1		Дан правильный ответ, но нет обоснования или оно неверное
P0		Ответ не верный
И	30	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Вызов в палату к пациенту К. 72 лет, находящемуся на стационарном лечении в отделении плановой кардиологии многопрофильной клинической больницы. Жалоб ввиду наличия речевых нарушений и спутанности сознания жалобы не предъявляет.</p> <p>Анамнез заболевания: Со слов дежурного медицинского персонала около 15 минут назад у пациента во время эмоциональной беседы по телефону сначала резко нарушилась речь, а затем развилась слабость в правых конечностях. Удержать вертикальное положение пациент не смог и упал на правый бок. Вызван дежурный врач.</p> <p>Анамнез жизни: Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Хронические заболевания: гипертоническая болезнь, синдром слабости синусового узла (корригированный установкой электрокардиостимулятора), пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, инфаркт миокарда (9 месяцев назад), ишемический инсульт (2 года назад). Постоянно принимает дабигатран, индапамид и периндоприл. Аллергической реакции на лекарственные препараты ранее не отмечено.</p> <p>Объективный статус: Состояние средней тяжести. Масса тела – 89 кг, рост – 177 см. Температура тела – 36,8°C. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Видимых повреждений кожных покровов нет. ЧД –</p>

		17 в минуту. Тоны сердца глухие, ритмичные (ритм ЭКС), ЧСС – 65 в минуту, систолический шум на верхушке, АД – 180/85 мм рт.ст. Неврологический статус: уровень сознания – 13 баллов по шкале ком Глазго. По NIHSS 10 баллов. Пациент заторможен, пытается отвечать на вопросы, однако речь нечеткая, прерывистая, изобилует парафазиями. Черепные нервы: зрачки симметричные, округлой формы, фотореакция сохранна. Конвергенция и аккомодация не нарушены. Прозопарез справа по центральному типу. Глотание сохранно. Девиация языка вправо. Мышечная сила в правых конечностях – 3 балла, в левых конечностях – 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног d>s, симптом Бабинского положительный справа. Гемигипестезия справа. Менингеальные знаки отрицательные.
В	1	Какое исследование должно быть проведено в экстренном порядке для определения причины развития неврологической симптоматики и исключения внутричерепных нарушений? Ответ обоснуйте.
Э		КТ головного мозга. Обоснование: Всем пациентам с предположительным диагнозом «острое нарушение мозгового кровообращения» с целью дифференциальной диагностики и определения последующей тактики лечения рекомендовано проведение бесконтрастной КТ или МРТ в экстренном порядке. Выполнение МРТ головного мозга в данном случае невозможно ввиду наличия у пациента кардиостимулятора.
P2		Ответ соответствует эталонному
P1		Дан правильный ответ, но нет обоснования или оно сформулировано не полностью
P0		Ответ не верный
В	2	По данным МСКТ ГМ: КТ-признаков гематомы, ишемии и объемного образования головного мозга на момент исследования не выявлено. Сформулируйте и обоснуйте наиболее вероятный предварительный диагноз.
Э		Ишемический инсульт в бассейне средней мозговой артерии Обоснование диагноза: Острое начало развития очаговой неврологической симптоматики, наличие сердечно-сосудистых факторов риска и отсутствие признаков внутричерепного кровоизлияния по данным КТ головного мозга свидетельствует в пользу острого фокального ишемического поражения головного мозга. Инфаркты головного мозга в области верхних ветвей средней мозговой артерии клинически проявляются контралатеральным гемипарезом и контралатеральной гемиянестезией при отсутствии дефектов полей зрения. При поражениях доминантного полушария развивается моторная афазия.
P2		Клинический диагноз установлен и обоснован верно.

P1		Клинический диагноз установлен верно, однако нет обоснования.
P0		Клинический диагноз установлен неверно.
B	3	К обязательным методам инструментального обследования при подозрении на «острое нарушение мозгового кровообращения» является:
Э		1. бесконтрастное КТ или МРТ головного мозга 2. ТКДГ с эмболодетекцией 3. ЭКГ мониторинг
P2		Ответ соответствует эталонному (1.бесконтрастное КТ или МРТ головного мозга. 2. ТКДГ с эмболодетекцией. 3. ЭКГ мониторинг)
P1		В ответе перечислены не все методы, но они соответствуют эталонным
P0		Ответ не верный
B	4	Пациенту с предположительным диагнозом «острое нарушение мозгового кровообращения» для определения дальнейшей тактики ведения требуется экстренное определение:
Э		1. уровня гликемии 2. количества тромбоцитов 3. показателей активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) и международного нормализованного отношения (МНО)
P2		Ответ соответствует эталонному (1. уровня гликемии. 2. количества тромбоцитов. 3. показателей активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) и международного нормализованного отношения (МНО))
P1		В ответе перечислены не все методы, но они соответствуют эталонным
P0		Ответ не верный
B	5	По результатам анализов: Глюкоза крови 6,8 ммоль/л, Тромбоциты 300000/мм ³ , АЧТВ 25, 1 сек, МНО 1,1. Показано ли проведение внутривенной тромболитической терапии данному пациенту? Ответ обоснуйте.
Э		Показано в первые 3 часа с момента развития ОНМК. Обоснование: Данный пациент не имеет противопоказаний для проведения внутривенного тромболиза в первые 3 часа, в т.ч. прием пероральных антикоагулянтов не ограничивает применение тромболитической терапии ввиду нормальных показателей АЧТВ, МНО и количества тромбоцитов. Однако для временного периода 3 — 4,5 ч от момента развития инсульта пациент имеет дополнительные противопоказания такие как: прием оральных антикоагулянтов и инсульт в анамнезе.

P2		Ответ соответствует эталонному.
P1		Дан правильный ответ, но нет обоснования
P0		Ответ не верный

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена

5.1 Перечень тестовых заданий, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: тестовые задания по разделам дисциплины.

Вопрос		Код компетенции (согласно РПД)
1.	ИЗМЕНЕНИЕ ОТТЕНКА ТЕМБРА ГОЛОСА, ОБУСЛОВЛЕННОЕ НАРУШЕНИЕМ ВЗАИМОСВЯЗИ НОСОВОЙ ПОЛОСТИ С РОТОГЛОТОЧНЫМ РЕЗОНАТОРОМ В ПРОЦЕССЕ ФОНАЦИИ – ЭТО А. ринофония Б. афония В. дисфония Г. фонастения	УК-2, УК-3, УК-4, УК-5 ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, 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, ПК-8
2.	КАКОЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ ОТНОСИТСЯ К РАССТРОЙСТВАМ ВНУТРЕННЕГО ОФОРМЛЕНИЯ ВЫСКАЗЫВАНИЯ? А. афазия Б. брадилалия В. дислалия Г. дисфония	
3.	ПРИ НАРУШЕНИИ СТРОЕНИЯ ОРГАНОВ АРТИКУЛЯЦИОННОГО АППАРАТА НАРУШЕНИЯ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОЯВЛЯЮТСЯ В ВИДЕ: А. искажения Б. замены В. смещения Г. пропуска	
4.	КАКОЙ ВИД ДИСЛЕКСИИ ОБУСЛОВЛЕН НЕДОРАЗВИТИЕМ ГРАММАТИЧЕСКОГО СТРОЯ РЕЧИ, МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И СИНТАКСИЧЕСКИХ ОБОБЩЕНИЙ? А. аграмматическая дислексия Б. мнестическая дислексия В. оптическая дислексия Г. семантическая дислексия	
5.	СМЫСЛОВОЙ УРОВЕНЬ РЕЧЕВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ – ЭТО:	

	<p>А. умение оформлять речь в актах членораздельной артикуляции (синтагм)</p> <p>Б. умение использовать знакомые слова</p> <p>В. умение различать на слух речевые сигналы</p> <p>Г. умение написать диктант без ошибок</p>	
6.	<p>НАРУШЕНИЕ СЛОГОВОЙ СТРУКТУРЫ СЛОГА В ВИДЕ УПОДОБЛЕНИЯ ОДНОГО СЛОГА ДРУГОМУ (ВЕЛОСИПЕД – «ВЕВЕСИПЕД») НОСИТ НАЗВАНИЕ</p> <p>А. антиципация</p> <p>Б. персеверация</p> <p>В. контаминация</p> <p>Г. элизия</p>	
7.	<p>КАКОЙ ВИД ДИЗАРТРИИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПОДКОРКОВЫХ ЯДЕР?</p> <p>А. экстрапирамидная</p> <p>Б. псевдобульбарная</p> <p>В. бульбарная</p> <p>Г. корковая</p>	
8.	<p>ЕСЛИ ВМЕСТО СЛОВА «ПОМИДОР» РЕБЕНОК ПРОИЗНОСИТ «БАМИДОР», ТО ЭТО МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О НАЛИЧИИ У НЕГО</p> <p>А. дефекта оглушения</p> <p>Б. дефекта озвончения</p> <p>В. дефекта смягчения</p> <p>Г. нет правильного ответа</p>	
9.	<p>Пассивные повторения отдельных слов или словосочетаний без понимания их смысла носят название:</p> <p>А. эхолалии</p> <p>Б. парафазии</p> <p>В. гиперакузии</p> <p>Г. логореи</p>	
10.	<p>ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВИДОВ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ «РЕЖИМ МОЛЧАНИЯ» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОГО ЭТАПА ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ?</p> <p>А. тахилалия</p> <p>Б. алалия</p> <p>В. брадилалия</p> <p>Г. ринофония</p>	
11.	<p>ПРИ КАКОМ НАРУШЕНИИ УСИЛЕНИЕ ГРОМКОСТИ ЗВУЧАНИЯ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ НЕ УЛУЧШАЕТ СЛУХОВОГО ВОСПРИЯТИЯ, А ИНОГДА ДАЖЕ УХУДШАЕТ ЕГО (НАСТУПАЕТ ИСТОЩЕНИЕ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ)?</p> <p>А. сенсорная алалия</p> <p>Б. тугоухость</p> <p>В. моторная алалия</p>	

	Г. афазия	
12.	ЗАМЕНА ЗВУКОВ, СЛОВ БЛИЗКИМИ ПО ЗВУЧАНИЮ ИЛИ ПО СМЫСЛУ НОСИТ НАЗВАНИЕ: А. парафазия Б. элизия В. эхолалия Г. персеверация	
13.	ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АМНЕСТИЧЕСКОЙ АФАЗИИ СЛЕДУЕТ А. предложить больному назвать окружающие предметы Б. проверить устный счет В. предложить больному прочитать тест Г. выполнить различные движения по подражанию	
14.	СЛУХОВАЯ АГНОЗИЯ НАСТУПАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: А. височной доли Б. теменной доли В. лобной доли Г. прецентральной извилины	
15.	АЛЕКСИЮ МОЖНО ВЫЯВИТЬ, ЕСЛИ А. проверить чтение вслух, понимание смысла прочитанного Б. проверить правильно ли говорит больной, достаточен ли у него запас слов Г. проверить письмо под диктовку Д. проверить правильно ли пациент называет предметы	
16.	ПОНЯТИЕ «СЛОВЕСТНЫЙ САЛАТ» ОТНОСИТСЯ К А. сенсорной афазии Б. амнестической афазии В. эфферентной моторной афазии Г. афферентной моторной афазии	
17.	СИНДРОМ ГЕРСТМАНА УКАЗЫВАЕТ НА ПОРАЖЕНИЕ А. стыка височной, затылочной и теменной долей Б. задних отделов верхней лобной извилины В. полюса лобных долей Г. продолговатого мозга	
18.	СОВМЕСТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОБОИХ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ: А. комиссуральными волокнами Б. проекционными волокнами В. ассоциативными волокнами Г. ассоциативными полями корковых отделов анализаторов	
19.	АГРАФИЯ - ЭТО А. нарушение письма Б. нарушение чтения В. нарушение речи Г. нарушение мышления	

20.	ОШИБОЧНОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ СЛОВ, ЗАКЛЮЧАЮЩЕЕСЯ В ОБЪЕДИНЕНИИ В ОДНО СЛОВО СЛОГОВ, ОТНОСЯЩИХСЯ К РАЗНЫМ СЛОВАМ, НАЗЫВАЕТСЯ: А. контаминация Б. персеверация В. антиципация Г. аккомодация
21.	БРАДИЛАЛИЯ — ЭТО А. патологически замедленный темп речи Б. патологически ускоренный темп речи В. нарушение темно-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата Г. нарушение понимания обращенной речи
22.	ФОРМА ДИЗАРТРИИ, ПРИ КОТОРОЙ НАРУШАЕТСЯ ПРОИЗВОЛЬНАЯ МОТОРИКА АРТИКУЛЯЦИОННОГО АППАРАТА А. корковая Б. мозжечковая В. бульбарная Г. экстрапирамидная
23.	ДЛЯ КАКОЙ АФАЗИИ ХАРАКТЕРНО НАРУШЕНИЕ ПОНИМАНИЯ ЧИТАЕМОГО ПРИ ТЕХНИЧЕСКИ ПРАВИЛЬНОМ ЧТЕНИИ А. семантической Б. эфферентной моторной В. афферентной моторной Г. сенсоной
24.	РЕЧЕСЛУХОВАЯ ПАМЯТЬ НАРУШАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ ВИДЕ АФАЗИИ: А. акустико-мнестической Б. акустико-гностической В. эфферентной моторной Г. афферентной моторной
25.	БОЛЬНОЙ С ЭФФЕРЕНТНОЙ МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ А. понимает обращенную речь, но не может говорить Б. не понимает обращенную речь В. не помнит название предметов Г. не понимает значения сложных грамматических конструкций
26.	КОНСТРУКТИВНАЯ АПРАКСИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: А. Теменной доли доминантного полушария Б. Височной доли доминантного полушария В. Височной доли субдоминантного полушария Г. Лобной доли субдоминантного полушария

27.	<p>РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ ТИПА КОРСАКОВСКОГО СИНДРОМА ВОЗНИКАЮТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ</p> <p>А. гиппокампов</p> <p>б) верхних отделов теменной доли</p> <p>в) верхних отделов затылочной доли</p> <p>г) лобных долей</p>	
28.	<p>С ПОМОЩЬЮ КАКОГО ТЕСТА ПРОВОДИТСЯ СКРИНИНГ НАРУШЕНИЯ ГЛОТАНИЯ?</p> <p>А. трех-ложечная проба</p> <p>Б. артикуляционных упражнений</p> <p>В. ларингоскопии</p> <p>Г. трех-стаканная проба</p>	
29.	<p>КАЛИПЕР – ЭТО</p> <p>А. прибор для определения толщины подкожно-жировых складок</p> <p>Б. прибор для измерения индекса массы тела</p> <p>В. прибор для измерения массы тела и роста</p> <p>Г. прибор для измерения обхвата голени, шеи, предплечья</p>	
30.	<p>МАЛЬНУТРИЦИЯ, ПИЩЕВОЙ СТАТУС, ТРОФОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС, БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ СТАТУС, НУТРИЦИОННЫЙ СТАТУС – ЭТО СИНОНИМЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ</p> <p>А. недостаточности питания</p> <p>Б. повышения обмена веществ</p> <p>В. нарушения процессов пищеварения</p> <p>Г. нарушения процессов выделения</p>	
31.	<p>ДЛЯ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ МИЕЛОПАТИИ ХАРАКТЕРНЫ:</p> <p>а) Смешанный верхний парализ в сочетании со спастическим нижним парезом</p> <p>б) Выраженные расстройства тазовых функций</p> <p>в) Грубые атрофии мышц нижних конечностей</p> <p>г) Дизартрия, дисфагия, дисфония</p>	
32.	<p>АНОМАЛИЕЙ АРНОЛЬДА—КИАРИ НАЗЫВАЕТСЯ ПАТОЛОГИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ИМЕЕТСЯ:</p> <p>а) Смещение вниз миндалин мозжечка</p> <p>б) Сращение шейных позвонков</p> <p>в) Сращение I шейного позвонка с затылочной костью</p> <p>г) Расщепление дужки I шейного позвонка</p>	
33.	<p>ПРИ НЕВРАЛЬНОЙ АМИОТРОФИИ ШАРКО—МАРИ—ТУТА НАБЛЮДАЕТСЯ:</p> <p>а) Дистальная амиотрофия конечностей</p> <p>б) Проксимальная амиотрофия конечностей</p> <p>в) Амиотрофия туловища</p> <p>г) Псевдогипертрофия икроножных мышц</p>	
34.	<p>УЧАСТКОМ ВОЗМОЖНОЙ КОМПРЕССИИ СРЕДИННОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) «Плечевой канал»</p>	

	б) «Спиральный канал» в) Наружная межмышечная перегородка плеча г) Костно-фиброзный канал Гюйона	
35.	ПРИ НЕВРОПАТИИ ЛОКТЕВОГО НЕРВА НАБЛЮДАЕТСЯ: а) Невозможность приведения IV, V пальцев б) Невозможность отведения I пальца в) Нарушение чувствительности в области I, II пальцев кисти г) Невозможность разгибания кисти	
36.	ПРИЗНАКАМИ НЕВРОПАТИИ СРЕДИННОГО НЕРВА ЯВЛЯЮТСЯ: а) Слабость I, II пальцев кисти б) Слабость IV и V пальцев кисти в) Снижение чувствительности на ладонной поверхности IV, V пальцев г) «Свисающая кисть»	
37.	ПРИ НЕВРОПАТИИ СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА НАБЛЮДАЕТСЯ: а) Выпадение ахиллова рефлекса б) Выпадение коленного рефлекса в) Гипестезия по наружной передней поверхности бедра г) Симптом Вассермана	
38.	ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЮТСЯ ЖАЛОБЫ: а) На короткие пароксизмы интенсивной боли, провоцирующиеся легким прикосновением к лицу б) На постоянные ноющие боли, захватывающие половину лица в) На приступы нарастающей по интенсивности боли в области глаза, челюсти, зубов, сопровождающиеся усиленным слезо- и слюноотечением г) На длительные боли в области орбиты, угла глаза, сопровождающиеся нарушением остроты зрения	
39.	ДЛЯ БОЛЕЗНИ РЕКЛИНГХАУЗЕНА ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ НА КОЖЕ: а) «Кофейных» пятен б) Телеангиэктазий в) Витилиго г) Розеолезной сыпи	
40.	ПРОВОДНИКИ ПОВЕРХНОСТНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ТУЛОВИЩА И КОНЕЧНОСТЕЙ РАСПОЛАГАЮТСЯ В СПИННОМ МОЗГЕ а) Боковых столбах б) Задних столбах в) Передних столбах г) Медиальной петле	
41.	СПИННОЙ МОЗГ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ КОНИЧЕСКИМ ЗАОСТРЕНИЕМ НА УРОВНЕ _____ ПОЯСНИЧНОГО ПОЗВОНОЧНИКА а) Второго б) Третьего в) Четвертого г) Пятого	

42.	ЦЕНТРАЛЬНЫЕ СКОТОМЫ ЧАСТО СОЧЕТАЮТСЯ С а) Снижением остроты зрения б) Нарушением цветоощущения в) Битемпоральной гемианопсией г) Диплопией	
43.	ДЛЯ ГЕМИАНОПСИИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЗРИТЕЛЬНОЙ ЛУЧИСТОСТИ ХАРАКТЕРНО а) Сохранное центральное зрение б) Амблиопия в) Атрофия зрительных нервов г) Застойные диски зрительных нервов	
44.	ДВОЕНИЕ В ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ а) Глазодвигательного нерва б) Отводящего нерва в) Блокового нерва г) Заднего продольного пучка	
45.	К ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫМ РАССТРОЙСТВАМ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ОТВОДЯЩЕГО НЕРВА ОТНОСЯТСЯ а) Сходящееся косоглазие б) Расходящееся косоглазие в) Паралич конвергенции г) Мидриаз	
46.	НАРУШЕНИЕ КОНВЕРГЕНЦИИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ а) Глазодвигательного нерва б) Блокового нерва в) Отводящего нерва г) Пластинки четверохолмия	
47.	ПАРЕЗ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ _____ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА а) III ветви б) II ветви в) I ветви г) Спинального ядра	
48.	ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ ПРИ ПОРАЖЕНИИ VIII ЧЕРПНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СОЧЕТАНИЕМ С а) Нистагмом, тошнотой и атаксией б) Дисфагией, дисфонией и дизартрией в) Диплопией, парезом конвергенции и птозом г) Снижением зрения	
49.	БОЛЬШЕБЕРЦОВЫЙ НЕРВ В ОСНОВНОМ СОСТОИТ ИЗ ВОЛОКОН КОРЕШКОВ СПИННО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ а) L5 - S1 б) L3 - L4 в) L4 - L5 г) L2 - L3	
50.	КАРОТИДНО-КАВЕРНОЗНОЕ СОУСТЬЕ ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ СТЕНКИ а) Кавернозной части внутренней сонной артерии	

	б) Глазничной вены в) Трабекулярных артерий г) Яремной вены	
--	---	--

5.1.2. Вопросы к экзамену по дисциплине «Неврология»

Вопрос		Код компетенции (согласно РПД)
1.	Синдром повышения внутричерепного давления. Дислокационный синдром.	УК-2, УК-3, УК-4, УК-5 ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, 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, ПК-8
2.	Топическая диагностика при поражениях лицевого нерва.	
3.	Опухоли гипофизарно-селлярной области. Классификация, клиника, диагностика, лечение.	
4.	Дифференциальный диагноз болей в области позвоночника.	
5.	Характеристика основных видов гиперкинезов: тремора, миоклоний, тиков, хореи, торсионной дистонии.	
6.	Гепатоцеребральная дистрофия. Классификация, диф. диагностика.	
7.	Ноцицептивная и невропатическая боль. Клинические особенности невропатической боли. Центральная боль.	
8.	Топическая диагностика при поражениях глазодвигательных нервов.	
9.	Наследственные заболевания нервной системы. Клиническая классификация. Клинические особенности	
10.	Понятие о синаптических болезнях. Показания к применению ботулотоксина.	
11.	Топическая диагностика при поражениях бульбарной группы краниальных нервов.	
12.	Черепно-мозговая травма. Классификация. Сотрясение, ушиб, сдавление головного мозга. Клиника, диагностика, неотложная помощь, лечение.	
13.	Понятие о синаптических болезнях. Показания к применению ботулотоксина.	
14.	Топическая диагностика при поражениях бульбарной группы краниальных нервов.	
15.	Черепно-мозговая травма. Классификация. Сотрясение, ушиб, сдавление головного мозга. Клиника, диагностика, неотложная помощь, лечение.	

16.	Понятие о синаптических болезнях. Показания к применению ботулотоксина.
17.	Топическая диагностика при поражениях бульбарной группы краниальных нервов.
18.	Черепно-мозговая травма. Классификация. Сотрясение, ушиб, сдавление головного мозга. Клиника, диагностика, неотложная помощь, лечение.
19.	Лимбическая система: анатомия, физиология, клинические синдромы.
20.	Синдромы поражения системы зрительного анализатора.
21.	Дисметаболические полиневропатии. Диабетическая полиневропатия. Клиника, лечение.
22.	Синдром поражения теменной доли.
23.	Начальные проявления недостаточности мозгового кровоснабжения. Метаболический синдром как фактор риска цереброваскулярных заболеваний. Профилактика сосудистых заболеваний мозга.
24.	Серозные менингиты. Туберкулёзный менингит. Клиника, диагностика, лечение.
25.	Синдромы поражения плечевого сплетения.
26.	Дисциркуляторная энцефалопатия. Острая гипертоническая энцефалопатия. Клиника, диагностика, лечение.
27.	Рассеянный склероз. Клиника, диф. диагностика, лечение.
28.	Менингеальный синдром. Оценка патологических изменений ликвора.
29.	Синдром поражения продолговатого мозга. Бульбарный паралич. Альтернирующие параличи.
30.	Герпетические поражения нервной системы. Клиника, диагностика, лечение.
31.	Топическая диагностика нарушений чувствительного анализатора.
32.	Синдром поражения передней черепной ямки: синдром ольфакторной ямки, хиазмальный синдром.
33.	Острое нарушение мозгового кровообращения. Ишемический инсульт. Клиника, диагностика, врачебная тактика на различных этапах медицинской помощи. Лечение.

34.	Топическая диагностика нарушений чувствительного анализатора.
35.	Синдром поражения передней черепной ямки: синдром ольфакторной ямки, хиазмальный синдром.
36.	Острое нарушение мозгового кровообращения. Ишемический инсульт. Клиника, диагностика, врачебная тактика на различных этапах медицинской помощи. Лечение.
37.	Синдромы поражения экстрапирамидной системы.
38.	Синдромы поражения средней черепной ямки: синдром сфеноидальной щели, синдром кавернозного синуса, синдром Толоса-Ханта.
39.	Эпилепсия. Классификация эпилепсии и эпилептических припадков. Диагностика, принципы лечения.
40.	Периферическая вегетативная недостаточность.
41.	Синдромы поражения задней черепной ямки (мостомозжечкового угла, внутреннего слухового прохода).
42.	Сосудистые заболевания головного мозга. Классификация. Преходящие нарушения мозгового кровообращения. Клиника, диагностика, лечение.
43.	Синдром поражения передних, задних, боковых рогов спинного мозга. Синдром поражения задних столбов спинного мозга.
44.	Вегетативные кризы. Диф. диагностика, лечение.
45.	Геморрагический инсульт. Клиника, диагностика. Базисная и дифференцированная терапия.
46.	Невропатия большеберцового и малоберцового нервов. Метатарзалгия Мортон. Клиника, лечение.
47.	Лечение мигрени.
48.	Полиневропатии. Классификация, диагностика, лечение.
49.	Афазии. Классификация, Клинические проявления.
50.	Кластерные цефалгии. Клиника, диф. диагностика, лечение.
51.	Субарахноидальное кровоизлияние. Клиника, диагностика, лечение.
52.	Компрессионно-ишемические невропатии тазового пояса и ног. Невропатия седалищного нерва. Клиника, лечение.

53.	Головная боль напряжения. Клиника, диф. диагностика, лечение.
54.	Опухоли головного мозга супратенториальной локализации. Клиника, диагностика, врачебная тактика.
55.	Компрессионно-ишемические невропатии тазового пояса и ног. Невропатия бедренного нерва. Невропатия наружного кожного нерва бедра.
56.	Нейроспид. Клиника, диагностика, лечение.
57.	Лицевая боль. Классификация, клиника. Невралгия тройничного нерва.
58.	Компрессионно-ишемические невропатии рук. Невропатия срединного нерва. Клиника, лечение.
59.	Боли в пояснице и ногах. Пояснично-крестцовые радикулопатии. Клиника, лечение. Показания к хирургическому лечению.
60.	Симптоматическая эпилепсия. Височная эпилепсия.
61.	Современные представления о механизмах боли. Ноцицептивная и антиноцицептивная системы.
62.	Синдромы поражения ствола головного мозга.
63.	Гнойные менингиты. Этиология, патогенез, клиника и диф. диагностика. Врачебная тактика на различных этапах медицинской помощи. Лечение.
64.	Вегетативная нервная система. Анатомо-физиологическая характеристика. Надсегментарный и сегментарный отделы. Синдромы поражения.
65.	Генерализованная и фокальная мышечная дистония. Клинические особенности. Принципы лечения.
66.	Абсцесс головного мозга. Клиника, диагностика, лечение
67.	Паркинсонизм. Клиника, диагностика, лечение.
68.	Туннельные синдромы. Патогенез. Общие принципы диагностики
69.	Клещевой энцефалит. Клиника, диагностика, лечение.
70.	Бульбарный и псевдобульбарный паралич.
71.	Миофасциальный болевой синдром. Диагностические критерии, лечение.
72.	Клещевой боррелиоз. Клиника, диагностика, лечение

73.	Кровоснабжение спинного мозга.
74.	Плечевой эпикондилёз, лучевой стилоидоз, плечелопаточный периартроз. Клиника, лечение.
75.	Рассеянный склероз. Патогенетическое и симптоматическое лечение
76.	Синдром ишемии в бассейне передней спинальной артерии.
77.	Цервикальные радикулопатии. Клиника, диагностика, лечение.
78.	Мигрень. Критерии диагностики.
79.	Синдром ишемии дорзальной части поперечника спинного мозга.
80.	Торакалгия. Кардиалгия. Невралгия межрёберных нервов. Клиника, диф. диагностика, лечение.
81.	Миастения. Лечение, консервативные и хирургические аспекты.
82.	Синдром запястного канала.
83.	Компрессионно-ишемические невропатии. Классификация. Компрессионно-ишемические невропатии черепных нервов. Клиника, лечение.
84.	Гипоталамический синдром. Клиника, диагностика, лечение.
85.	Компрессионно-ишемические невропатии плечевого пояса. Невропатия тыльного нерва лопатки, длинного грудного нерва.
86.	Хроническая пароксизмальная гемикрания. Клиника, диф. диагноз, лечение.
87.	Травмы спинного мозга. Классификация, диагностика, неотложная помощь. Принципы лечения
88.	Синдром запястного канала.
89.	Компрессионно-ишемические невропатии. Классификация. Компрессионно-ишемические невропатии черепных нервов. Клиника, лечение.
90.	Гипоталамический синдром. Клиника, диагностика, лечение.
91.	Синдром поражения височной доли.
92.	Синкопальные состояния. Клиника, диагностика, лечение.
93.	Субтенториальные опухоли. Клиника, диагностика. Показания к операции.
94.	Синдромы поражения внутренней капсулы.

95.	Корешковые и рефлекторные синдромы при остеохондрозе позвоночника. Патогенетические и клинические отличия.	
96.	Венозная патология головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.	
97.	Синдром поражения затылочной доли.	
98.	Головная боль. Классификация (по патогенетическим и этиологическим признакам).	
99.	Сирингомиелия. Патоморфогенез. Клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение.	
100.	Синдром ишемии нижней дополнительной радикуло-медуллярной артерии Депрож-Готтерона.	

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для экзамена

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными незначительными недочетами, выполнены все задания в полном объеме

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продemonстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продemonстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Ниже среднего	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»

Разработчик:

Гузанова Елена Владимировна, к.м.н., доцент кафедры нервных болезней.

Руина Екатерина Андреевна, к.м.н., доцент кафедры нервных болезней.

Дата « ____ » _____ 2023г.