

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы
Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач ГБУЗ ГКБ
им. С.П. Боткина ДЗМ,
член-корр. РАН, д.м.н., проф.:
А.В. Шабунин/
« 31 » МАРТА 2021 г.



ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

**выпускников основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – программы подготовки кадров высшей
квалификации в ординатуре по специальности
31.08.42 Неврология**

Блок 3

«Государственная итоговая аттестация»

**Базовая часть – трудоемкость 3 зачетных единицы
(108 академических часов)**

Москва 2021

Рецензент:

Левин Олег Семенович, заведующий кафедры неврологии с курсом рефлексологии и мануальной терапии РМАНПО, д.м.н., профессор

Содержание

- I. Общие положения
- II. Требования к государственной итоговой аттестации
- III. Государственная итоговая аттестация
- IV. Критерии оценки ответа выпускника
- V. Рекомендуемая литература

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Программа государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.42 Неврология разработана на основании:

– Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

– Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 № 1084 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.42 Неврология»;

– Приказа Минобрнауки России от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки» (зарегистрировано в Минюсте России 11.04.2016 № 41754);

– Устава ГБУЗ ГКБ им. С.П.Боткина ДЗМ;

– локальных нормативных актов, регулирующих организацию и проведение государственной итоговой аттестации.

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы – Блок 3. Государственная итоговая аттестация – и завершается присвоением квалификации врач-невролог.

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.42 Неврология составляет 3 зачетных единицы: подготовка к государственному экзамену и государственная итоговая аттестация в форме государственного экзамена.

Целью государственной итоговой аттестации обучающихся по образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.42 Неврология является установление уровня подготовки выпускников к решению профессиональных задач и

соответствия их подготовки требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования.

Задачи государственной итоговой аттестации:

– оценка степени готовности выпускника к решению профессиональных задач;

– принятие решения о присвоении выпускнику квалификации по результатам государственной итоговой аттестации и выдаче ему документа о высшем образовании.

II. ТРЕБОВАНИЯ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.42 Неврология должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-невролога в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план программы ординатуры по специальности 31.08.42 Неврология.

Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается документ об образовании и о квалификации, подтверждающий получение высшего образования по программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.42 Неврология.

Обучающиеся, не прошедшие государственную итоговую аттестацию в связи с неявкой на государственную итоговую аттестацию по неуважительной причине или в связи с получением оценки «неудовлетворительно», отчисляются из организации с выдачей справки об обучении как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

Обучающиеся, не прошедшие государственную итоговую аттестацию в связи с неявкой на государственную итоговую аттестацию по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия или в других случаях, перечень

которых устанавливается организацией самостоятельно), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения государственной итоговой аттестации.

Лицо, не прошедшее государственную итоговую аттестацию, может повторно пройти государственную итоговую аттестацию не ранее чем через год и не позднее чем через пять лет после срока проведения государственной итоговой аттестации, которая не пройдена обучающимся.

Для повторного прохождения государственной итоговой аттестации указанное лицо по его заявлению восстанавливается в организации на период времени, установленный организацией, но не менее периода времени, предусмотренного календарным учебным графиком для государственной итоговой аттестации по соответствующей образовательной программе.

Для обучающихся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья государственная итоговая аттестация проводится с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья (далее – индивидуальные особенности).

Для проведения государственной итоговой аттестации в ГКБ им. С.П. Боткина создаются государственные экзаменационные комиссии, которые состоят из председателя, секретаря и членов комиссии.

Для проведения апелляций по результатам государственной итоговой аттестации в ГКБ им. С.П. Боткина создаются апелляционные комиссии, которые состоят из председателя и членов комиссии.

Государственная экзаменационная и апелляционная комиссии (далее вместе – комиссии) действуют в течение календарного года.

ГКБ им. С.П. Боткина самостоятельно устанавливает регламенты работы комиссий.

Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается не позднее 31 декабря, предшествующего году проведения государственной итоговой аттестации.

ГКБ им. С.П. Боткина утверждает составы комиссий не позднее чем за 1 месяц до даты начала государственной итоговой аттестации.

Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается из числа лиц, не работающих в ГКБ им. С.П. Боткина, и имеющий ученую степень доктора наук (в том числе ученую степень, полученную в иностранном государстве и признаваемую в Российской Федерации) и (или) ученое звание профессора соответствующей области профессиональной деятельности, либо представителей органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья.

Председателем апелляционной комиссии является руководитель

организации (лицо, исполняющее его обязанности, или лицо, уполномоченное руководителем организации, – на основании распорядительного акта организации).

Председатели комиссий организуют и контролируют деятельность комиссий, обеспечивают единство требований, предъявляемых к обучающимся при проведении государственной итоговой аттестации.

Государственная экзаменационная комиссия состоит не менее чем из 5 человек, из которых не менее 50 процентов являются ведущими специалистами – представителями работодателей и (или) их объединений в соответствующей области профессиональной деятельности (далее – специалисты) и (или) представителями органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления, осуществляющих полномочия в соответствующей области профессиональной деятельности, остальные – лицами, относящимися к профессорско-преподавательскому составу данной организации, и (или) иных организаций и (или) научными работниками данной организации и (или) иных организаций, имеющими ученое звание и (или) ученую степень и (или) имеющими государственное почетное звание (Российской Федерации, СССР, РСФСР и иных республик, входивших в состав СССР), и (или) лицами, являющимися лауреатами государственных премий в соответствующей области.

В состав апелляционной комиссии включаются не менее 4 человек из числа педагогических работников, относящихся к профессорско-преподавательскому составу, и (или) научных работников данной организации, которые не входят в состав государственных экзаменационных комиссий.

На период проведения государственной итоговой аттестации для обеспечения работы государственной экзаменационной комиссии из числа лиц, относящихся к профессорско-преподавательскому составу организации, научных работников или административных работников организации, председателем государственной экзаменационной комиссии назначается ее секретарь. Секретарь государственной экзаменационной комиссии не является ее членом. Секретарь государственной экзаменационной комиссии ведет протоколы ее заседаний, представляет необходимые материалы в апелляционную комиссию.

Основной формой деятельности комиссий являются заседания. Заседание комиссий правомочно, если в нем участвуют не менее двух третей состава соответствующей комиссии.

Заседания комиссий проводятся председателями комиссий.

Решения комиссий принимаются простым большинством голосов лиц,

входящих в состав комиссий и участвующих в заседании. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

Решения, принятые комиссиями, оформляются протоколами.

В протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания отражаются перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося.

Протоколы заседаний комиссий подписываются председателем. Протокол заседания государственной экзаменационной комиссии также подписывается секретарем государственной экзаменационной комиссии.

Протоколы заседаний комиссий сшиваются в книги и хранятся в архиве организации.

Программа государственной итоговой аттестации, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся не позднее чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

Государственный экзамен проводится по утвержденной организацией программе, содержащей перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен, и рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену, в том числе перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Не позднее чем за 30 календарных дней до проведения первого государственного аттестационного испытания ГКБ им. С.П. Боткина утверждает распорядительным актом расписание государственных аттестационных испытаний (далее – расписание), в котором указываются даты, время и место проведения государственных аттестационных испытаний и предэкзаменационных консультаций, и доводит расписание до сведения обучающегося, членов государственных экзаменационных комиссий и апелляционных комиссий, секретарей государственных экзаменационных комиссий, руководителей и консультантов выпускных квалификационных работ.

Результаты государственного аттестационного испытания, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения, результаты государственного аттестационного испытания, проводимого в письменной

форме, – на следующий рабочий день после дня его проведения.

Порядок апелляции.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию в письменном виде апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь государственной экзаменационной комиссии направляет в апелляционную комиссию протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, заключение председателя государственной экзаменационной комиссии о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося не подтвердились и/или не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;

об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;

об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в организации обучающегося, подавшего апелляцию, в соответствии со стандартом.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

III. ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов:

- 1) междисциплинарного тестирования;
- 2) устного собеседования по дисциплинам и (или) модулям образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.42 Неврология (уровень подготовки кадров высшей квалификации) путём оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.42 Неврология, и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач соответствующих квалификации – врач-невролог.

Перечень компетенций, оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими *универсальными* компетенциями:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать *профессиональными* компетенциями:

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с

Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

– готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи (ПК-6);

– готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

– готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

– готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

– готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

– готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

– готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

I этап. Междисциплинарное тестирование

Междисциплинарное тестирование осуществляется по утвержденным оценочным материалам, разработанным в соответствии с паспортом компетенций обучающихся по специальности 31.08.42 Неврология и размещенным на сайте ГБУЗ ГKB Им. С.П.Боткина ДЗМ. Индивидуальное тестирование обучающегося включает 100 тестовых заданий. Процедура междисциплинарного тестирования осуществляется на базе Учебно-аккредитационного центра – Медицинского симуляционного центра Боткинской больницы.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих

результаты освоения выпускником программы ординатуры:

Выберите правильный ответ:

Для того, чтобы отличить разгибание большого пальца при рефлексе Бабинского от дистонии большого пальца, следует предложить больному:

- А. Вытянуть ногу вперед;
- Б. Приподнять ногу вверх, оторвав пятку от постели;
- В. Согнуть ногу в коленном и тазобедренном суставах;
- Г. Вытянуть другую ногу вперед;
- Д. Согнуть другую ногу коленном и тазобедренном суставах.

Эталонный ответ: В.

Проведение отоневрологической калорической пробы противопоказано при:

- А. Остром нарушении мозгового кровообращения;
- Б. Внутрочерепной гипертензии;
- В. Коматозном состоянии;
- Г. Перфорации барабанной перепонки;
- Д. Субарахноидальном кровоизлиянии.

Эталонный ответ: Г.

Для того, чтобы вызвать нижний менингеальный симптом Брудзинского нужно:

- А. Согнуть голову больного так, чтобы подбородок коснулся груди;
- Б. Надавить на область лонного сочленения;
- В. Выпрямить согнутую в коленном и тазобедренном суставах ногу больного;
- Г. Надавить на четырехглавую мышцу бедра;
- Д. Сгибать в тазобедренном суставе прямую ногу больного.

Эталонный ответ: В.

Для выявления нарушения дискриминационной чувствительности следует проверить, способен ли больной определить:

- А. Место прикосновения при нанесении раздражения на различные участки тела;
- Б. Рисуемые на коже цифры, буквы, простые фигуры;
- В. На ощупь знакомые предметы;
- Г. Тупым или острым предметом наносится раздражение;
- Д. Два одновременно наносимых раздражения на близко расположенных участках поверхности тела.

Эталонный ответ: Д.

Женщина обследована отоларингологом в связи с жалобами на нарушение слуха. Врач поместил камертон к сосцевидному отростку – пациентка звук не слышит, затем переместил к наружному уху – она снова слышит слабый звук. Это исследование называют:

- А. Отрицательный (патологический) тест Ринне;
- Б. Нормальный тест Бине; В. Нормальный тест Вебера;
- Г. Положительный тест Ринне;
- Д. Тест Вебера, диагностирующий локализацию глухоты.

Эталонный ответ: Г.

Установите соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках:

Рефлекс	
А. Патологически; Б. Физиологический	1. Ахиллов рефлекс; 2. Рефлекс Россоломо; 3. Кремастерный рефлекс; 4. Рефлекс Оппенгейма; 5. Ладонно-подбородочный

Эталонный ответ: А 2,4,5 Б 1,3.

Признаки, характерные для:	Признаки
А. Периферического пареза; Б. Центрального пареза	1. Повышенный тонус мышц; 2. Пониженный тонус мышц; 3. Выраженные атрофии; 4. Патологические рефлексы; 5. Фасцикуляции

Эталонный ответ: А2,3,5 Б 1,4.

II этап. Устное собеседование по дисциплинам и (или) модулям образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников

Устное собеседование является одной из форм проведения государственного экзамена. Основой для устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

1. Контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку

выпускника.

2. Контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника.

3. Ситуационная задача, выявляющая сформированность компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.42 Неврология.

Перечень контрольных вопросов, выявляющих теоретическую подготовку выпускника:

1. Классификация сосудистых заболеваний головного и спинного мозга. Принципы формулирования диагноза.

2. Клиника и диагностика дисциркуляторной энцефалопатии, стадии болезни.

3. Лечение дисциркуляторной энцефалопатии.

4. Лечение спонтанного субарахноидального кровоизлияния.

5. Этиология и патогенез ишемического инсульта.

6. Этиология и патогенез геморрагического инсульта.

7. Базисная терапия инсульта.

8. Классификация черепно-мозговой травмы.

9. Дифтерийная полиневропатия.

10. Герпетический энцефалит, диагностика и лечение.

11. Клещевой энцефалит.

12. Неврологические проявления ботулизма.

13. Диагностика и лечение синдрома запястного канала.

14. Неврологические проявления порфирии.

15. Классификация гипоксически-ишемической энцефалопатии.

16. Клинические формы церебрального паралича.

17. Критерии синдрома дефицита внимания и гиперактивности.

18. Клинические варианты нарушения развития речи.

19. Критерии аутизма.

20. Рациональная терапия эпилепсии.

21. Критерии диагностики рассеянного склероза

22. Формы нейросифилиса. Особенности лабораторной диагностики.

23. Нозологическая классификация состояний с когнитивными нарушениями. Подходы к диагностике и лечению.

24. Критерии диагностики радикулопатии. Показания для оперативного лечения.

25. Дифференциальная диагностика синдрома паркинсонизма.

26. Неврологические проявления гепато-лентиккулярной дегенерации

(болезнь Вильсона - Коновалова).

27. Алкогольные поражения нервной системы.
28. Мотивирование к здоровому образу жизни в работе врача.
29. Коммуникативные ресурсы врача.
30. Приемы и техники эффективного общения.
31. Основы бесконфликтного поведения.
32. Категории и понятия педагогики как науки.
33. Современные теории обучения.
34. Педагогические способности врача.
35. Педагогические ситуации в работе врача.
36. Цели педагогической деятельности врача.
37. В каких случаях оказывается скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь гражданам Российской Федерации?
38. Основные мероприятия по организации подготовки органов управления, медицинских формирований и учреждений службы медицины катастроф к действиям в ЧС (в соответствии с Организационно-методическими указаниями Минздрава России).
39. Порядок оценки эффективности оказания медицинской помощи пострадавшим в ЧС.
40. Задачи и основы деятельности отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации ТЦМК.
41. Принципы оказания медицинской помощи пострадавшим в очаге землетрясения.

Перечень контрольных заданий, выявляющих практическую подготовку выпускника:

1. Что характерно при записи ЭКГ у пожилого пациента с фибрилляцией предсердий?
2. Опишите методику проведения люмбальной пункции.
3. Назовите показания и противопоказания к проведению люмбальной пункции.
4. Что такое ликвородинамическая проба? Опишите методику ее проведения, интерпретация результатов.
5. Опишите магнитно-резонансную томограмму, для какого состояния характерны такие изменения?
6. Назовите критерии диагностики рассеянного склероза.
7. При подозрении на оптикомиелит Девика, какие диагностические тесты необходимо провести пациенту.

8. Посмотрите видео больного и сформулируйте синдромокомплекс, проведите дифференциальную диагностику.

9. Какие нейропсихологические тесты помогают выявить зрительно-пространственные нарушения?

10. Менингеальный синдром: симптомы, причины.

11. Укажите дифференциально-диагностические признаки периферической и центральной вестибулопатии.

12. Какие позиционные пробы для диагностики доброкачественного позиционного головокружения вы знаете, методика проведения, интерпретация результатов?

13. Нейрогенные нарушения мочеиспускания.

14. Укажите основные причины обмороков, проведите дифференциальную диагностику между обмороком и эпилептиком.

15. Показания к назначению статинов.

16. Тактика ведения больного с ишемическим инсультом, развившемся на фоне фибрилляции предсердий.

17. Показания к назначению антиконвульсантов.

18. Тактика ведения больных эпилептическим статусом.

19. Вторичная профилактика при ишемическом инсульте у детей.

20. Назовите основные признаки бокового амиотрофического склероза по данным игольчатой электромиографии

21. Проведите дифференциальный поиск клинических состояний по данным представленной стимуляционной электронейромиографии

22. Какие отклонения в неврологическом осмотре можно ожидать у пациента с синдромом Броун-Секара

23. Составьте схему нейропсихологического тестирования у пациента с когнитивными нарушениями

24. Какие дифференциально-диагностические мероприятия вы будете проводить пациенту с представленным общим анализом ликвора. Для каких состояний могут быть характерны такие отклонения.

25. При наличии неврологических проявлений и изменений по данным МРТ у пациента с ВИЧ инфекцией о каких состояниях Вы будете думать. Составьте план обследования больного.

26. Определите схему лабораторного обследования у пациента с подозрением на нейросифилис.

27. Определите дифференциальный поиск, тактику дообследования и лечения больного при получении следующих результатов МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Примеры ситуационных задач, выявляющих сформированность компетенций выпускника, регламентированных образовательной программой ординатуры:

Задача 1

Больная 68-ми лет доставлена бригадой скорой медицинской помощи из дома в бессознательном состоянии. Артериальное давление, зафиксированное скорой медицинской помощью, было 230/120 мм.рт.ст. Со слов родственников, не отвечала на телефонные звонки, обнаружена лежащей на полу без сознания со следами рвотных масс. В анамнезе гипертоническая болезнь свыше 20 лет с подъемами артериального давления до 230/120 мм.рт.ст., принимает антигипертензивные препараты. При осмотре: состояние крайне тяжелое. Кожные покровы красного цвета, липкий пот. Дыхание шумное, частое, ритмичное. Уровень сознания - кома. Ригидность мышц шеи, скуловой симптом Бехтерева и симптом Кернига с 2 сторон. Глазные яблоки по средней линии, периодически совершают плавательные движения. Зрачки узкие, реакция на свет снижена. При поднимании быстрее падают левые конечности, тонус в них ниже, чем в правых. Левая стопа ротирована наружу. Во время осмотра возникают экстензорно-пронаторные движения в правых конечностях.

Вопросы

Поставьте диагноз.

Какие механизмы развития данного заболевания? Вопросы профилактики.

Как Вы определили локализацию поражения?

В какое отделение следует госпитализировать больную? Какие дополнительные исследования следует провести и для чего?

Определите тактику ведения больной.

Задача 2

Больной 62-х лет доставлен из дома скорой медицинской помощью с жалобами на неловкость и онемение в левых конечностях. В больницу поступил в 11.30 утра. Заболел остро сегодня утром, когда появились вышеуказанные жалобы. Артериальное давление, зафиксированное скорой медицинской помощью, было 170/90 мм рт.ст. Длительное время страдает артериальной гипертензией с подъемами артериального давления до 180/100 мм.рт.ст., принимает гипотензивные препараты. В анамнезе ишемическая болезнь сердца, три года назад перенес обширный трансмуральный инфаркт миокарда, осложненный постоянной формой мерцательной аритмии. При осмотре: Состояние средней тяжести. В сознании, контактен, ориентирован в месте, времени и собственной личности. Общемозговой и менингеальной симптоматики нет. Сглажена левая носогубная складка, язык девирует влево, левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3-х баллов, симптомы Бабинского и Гордона слева. Нарушение всех видов чувствительности по гемитипу слева.

Вопросы

Поставьте диагноз.

Определите топический диагноз. Какая возможна причина развития инсульта?

Принципы базисной терапии.

Возможно ли проведение тромболитической терапии?

Перечислите основные противопоказания для проведения тромболитической терапии.

Задача 3

Больной А. 50-ти лет. Заболел остро. Находясь за рулем автомобиля, неожиданно пожаловался окружающим на резко возникшую головную боль, тошноту, многократную рвоту, затем на короткое время потерял сознание. Бригадой скорой помощи доставлен в приемное отделение. При

осмотре: сознание изменено по типу легкого оглушения. В контакт вступает с трудом, стонет, жалуется на головную боль, тошноту. Около 20 лет страдает гипертонической болезнью. АД 210/120 мм рт.ст. Зрачки одинаковые. Выражены рефлексы орального автоматизма. Парезов нет. Сухожильные рефлексы равномерно оживлены. Патологических рефлексов не выявлено. Ригидность мышц затылка 4 поперечных пальца, положительный с-м Кернига с обеих сторон.

Больной В., 72 лет, был обнаружен лежащим на скамье в сквере. Сознание не терял. При осмотре на месте врачом скорой помощи выявлено нарушение движений в правой руке и затруднение речи – произносил отдельные слова, из которых можно понять, что у него внезапно возникло головокружение. Рвоты не отмечалось. Доставлен в приемное отделение. При осмотре: сознание сохранено, но вял, апатичен. В речевой контакт не вступает. На обследование реагирует гримасой неудовольствия. Пульс аритмичный, 104 удара в минуту, тоны сердца глухие, АД 150/100 мм рт.ст. Пульсация магистральных сосудов шеи и головы удовлетворительная. Зрачки одинаковые. Правый угол рта опущен. Язык в полости рта. Выражен хоботковый рефлекс. Левой рукой двигает активно, правая рука неподвижна. Правая стопа повернута наружу. Движения правой ноги ограничены. Сухожильные рефлексы справа выше, чем слева. Справа рефлекс Бабинского.

Задания:

Поставьте предположительный клинический диагноз?

Какие исследования необходимо провести?

Определите алгоритм нейрореанимационных мероприятий.

Какую тактику лечения можно рекомендовать?

Задача 4

Больная 55-ти лет. Считает себя больной в течение двух лет, когда появились дрожание в правой руке (преимущественно в покое), затруднение походки, тихий голос, невозможность быстро повернуться во время ходьбы. При поступлении состояние удовлетворительное, походка замедленная, дрожание по типу «счета монет» в правой руке, выявляются ахейрокинез, олиго- и брадикинезии, гипомимия, редкое мигание, немодулированный тихий голос, повышение мышечного тонуса по пластическому типу. Парезов нет, сухожильные и периостальные рефлексы симметричны, расстройств чувствительности нет, интеллект сохранен. Анализы крови и мочи в пределах нормы. Глазное дно без патологии. Рентгенография шейного отдела позвоночника выявила умеренные явления остеохондроза межпозвонковых дисков. МРТ головного мозга - без патологических изменений.

Вопросы

Поставьте предварительный диагноз.

С чем необходимо дифференцировать это состояние?

Какой основной неврологический синдром имеется у больной?

Какие структуры головного мозга вовлечены в патологический процесс?

Задача 5

Больная 20 лет отметила, что в течение пяти лет стала часто падать, при ходьбе высоко поднимать ноги из-за свисания стоп. С раннего детства отставала в беге и ходьбе от сверстников. При поступлении состояние удовлетворительное, соматической патологии не выявлено. Неврологический статус: неплотно смыкает веки, отмечаются псевдогипертрофия круговой мышцы рта, атрофия межлопаточных мышц (крыловидные лопатки), атрофия мышц плеч, большой грудной мышцы, движения в руках ограничены - руку поднимает до уровня груди. Атрофия мышц бедер и голеней, сухожильные рефлексы на ногах низкие, походка со ступажем. Сухожильные рефлексы с рук не вызываются. Проведена глобальная ЭМГ. При записи потенциалов с двуглавой мышцы плеча (максимальное усиление) отмечено снижение амплитуды кривой, ее учащение, увеличение количества полифазных потенциалов. Данные изменения подтверждены спектральным анализом

поверхностной ЭМГ двуглавой мышцы плеча.

Вопросы

Поставьте предварительный диагноз.

Какой основной неврологический синдром имеется у больной?

Какие дополнительные исследования необходимо провести?

С чем необходимо дифференцировать данное состояние?

Приведите основные направления патогенетического и симптоматического лечения этого заболевания.

Задача 6

Женщина 65 лет доставлена в больницу в связи со слабостью в левых конечностях, которая возникла утром и постепенно нарастает в течение последующих 10 часов. До заболевания считала себя практически здоровой. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 190/100 мм рт.ст., пульс – 80 ударов в минуту, ритм правильный, систолический шум на шее в проекции бифуркации правой общей сонной артерии. Неврологический статус: менингеальных знаков нет, парез нижней части мимической мускулатуры слева, при высовывании девиация языка влево, слабость в левых конечностях до 2-х баллов, снижение болевой чувствительности слева, оживление сухожильных рефлексов слева, симптом Бабинского слева.

Вопросы.

Неврологические синдромы?

Топический диагноз?

Предварительный клинический диагноз? Причина шума на шее?

Дополнительные методы обследования?

Лечение?

Задача 7

Женщина 70 лет доставлена в больницу в связи с нарушениями речи, которые возникли днём, 3 часа назад. В течение 10 лет страдает ишемической болезнью сердца, имеет постоянную форму мерцательной аритмии. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/110 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 90-120 в минуту, ритм неправильный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, больная возбуждена, многословна, речь содержит большое количество вербальных парафазий, обращённую речь больная не понимает, парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

Вопросы.

Неврологические синдромы?

Топический диагноз?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные методы обследования?

Лечение?

Задача 8

Женщина 40 лет доставлена в больницу в связи с жалобами на головокружение, тошноту и нарушение глотания, которые возникли днём 2 часа назад. В 30 лет диагностирован ревматический порок сердца, по поводу чего наблюдается у кардиолога. При обследовании: в сознании, в области проекции митрального клапана выслушивается диастолический шум, артериальное давление – 150/100 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный, Неврологический статус: менингеальных знаков нет, птоз, миоз и энтофтальм справа, голос глухой, глотание невозможно, справа свисает дужка мягкого нёба и отсутствует глоточный рефлекс, парезов конечностей нет, болевая и температурная чувствительность ослаблены на лице справа, на туловище и конечностях

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

Вопросы.

Неврологические синдромы?

Топический диагноз?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные методы обследования? Лечение?

Задача 9

Мужчина 65 лет доставлен в больницу в связи с возникшей 4 часа назад слабостью в правой ноге. Год назад перенёс инсульт, сопровождавшийся развитием слабости в левых конечностях, преимущественно в ноге. Сила мышц частично восстановилась. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 75 в минуту, ритм правильный, систолический шум на шее в проекции бифуркации обеих общих сонных артерий. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, насильственный плач, положительные симптомы орального автоматизма, снижение силы до 2-х баллов в правой ноге и до 4-х баллов в правой руке и левой ноге, оживление сухожильных рефлексов, симптом Бабинского с обеих сторон.

Вопросы.

Неврологические синдромы?

Топический диагноз?

Предварительный клинический диагноз? Причина систолического шума на шее?

Дополнительные методы обследования?

Лечение?

Задача 10

Женщина 65 лет доставлена в больницу в связи с развившейся два часа назад слабостью в правых конечностях. Шесть лет назад перенесла инфаркт миокарда, после которого отмечаются приступы стенокардии покоя и напряжения, а также пароксизмы мерцательной аритмии. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 100-140 в минуту, ритм неправильный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, выпадение полей зрения слева, парез нижней части мимической мускулатуры слева, при высовывании девиация языка влево, отсутствие движений в левых конечностях с повышением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов слева, симптом Бабинского слева, утрачены все виды чувствительности на левой половине лица, туловища и в левых конечностях.

Вопросы.

Неврологические синдромы?

Топический диагноз?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные методы обследования?

Лечение?

Задача 11

Мужчина 50 лет доставлен в больницу в связи со слабостью в левых конечностях, которая возникла внезапно днём. В течение последних 20 лет отмечаются эпизоды повышения артериального давления до 180/110 мм рт.ст., обычные значения артериального давления в последний год – 160/90 мм рт.ст. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление - 200/120 мм рт.ст., пульс – 70 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: менингеальных знаков нет, снижение силы в левых конечностях до 3-х баллов, чувствительность не изменена, слева рефлексы оживлены и выявляется симптом Бабинского. На третьи сутки с момента заболевания парез полностью

регрессировал, компьютерная томография не выявила изменений в головном мозге.

Вопросы.

Неврологические синдромы?

Топический диагноз?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные методы обследования?

Лечение?

Задача 12

Женщина 55 лет доставлена в больницу в связи с жалобами на головокружение, тошноту, нарушение глотания, которые возникли днём 2 часа назад. В течение 10 лет отмечаются повышения артериального давления до 180/100 мм рт.ст., около года страдает стенокардией напряжения. При обследовании: сознания - ясное, артериальное давление – 150/100 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный, выслушивается систолический шум в проекции сонных и позвоночных артерий с обеих сторон. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, птоз, миоз и энофтальм справа, голос глухой, нарушено глотание, справа свисает дужка мягкого нёба и отсутствует глоточный рефлекс, парезов мышц конечностей нет, болевая и температурная чувствительность ослаблены на лице справа, на туловище и конечностях - слева, интенционный тремор при выполнении пальносовой и пяточноколенной проб в правых конечностях.

Вопросы.

Неврологические синдромы?

Топический диагноз?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные методы обследования?

Лечение?

Задача 13

Мужчина 67 лет доставлен в больницу в связи с развившейся два часа назад слабостью в правой ноге. В течение последних 10 лет страдает сахарным диабетом, гипертонической болезнью, пароксизмальной формой мерцательной аритмии. При осмотре: в ясном сознании, не оценивает тяжесть своего заболевания, отмечается периодическое недержание мочи, артериальное давление - 170/100 мм рт. ст., частота сердечных сокращений - 92-126 в минуту, ритм неправильный. Менингеальных симптомов нет, слабость в правой руке до 4-х баллов, в правой ноге до 2-х баллов, повышение сухожильных рефлексов справа, симптом Бабинского справа, других неврологических нарушений нет.

Вопросы.

Неврологические синдромы?

Топический диагноз?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные методы обследования?

Лечение?

Задача 14

У женщины 72 лет, страдающей стенокардией напряжения, внезапно развиваются двоение предметов по горизонтали, опущение правого века, слабость в левых конечностях. Через час женщина доставлена в больницу. При обследовании: сознание ясное, менингеальных знаков нет, птоз справа, расходящееся косоглазие, правое глазное яблоко повёрнуто кнаружи и вниз, правый зрачок расширен, на свет не реагирует. Слабость в левой руке и ноге до 3-х баллов, сухожильные рефлексы повышены слева, симптом Бабинского слева.

Вопросы.

Неврологические синдромы?

Топический диагноз?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные методы обследования?

Лечение?

Задача 15

Мужчина 69 лет предъявляет жалобу на «снижение зрения на левый глаз». Эта жалоба возникла два дня назад. Он обратился к терапевту по месту жительства и был направлен в стационар. В течение последних 10 лет страдает гипертонической болезнью, стенокардией напряжения. При обследовании: артериальное давление - 180/110 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритмичный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, выпадение левых полей зрения, парезов нет, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

Вопросы.

Неврологические синдромы?

Топический диагноз?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные методы обследования?

Лечение?

Задача 16

Женщина 60 лет доставлена в больницу в связи с интенсивной головной болью и слабостью в левых конечностях, которые возникли при уборке квартиры. В течение длительного времени наблюдается кардиологом с диагнозом: «Гипертоническая болезнь». При обследовании: спутанное состояние сознания, гиперемия лица, артериальное давление – 210/120 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, выпадение левых полей зрения, парез нижней части мимических мышц слева, отсутствие движений в левых конечностях, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева, снижение всех видов чувствительности на левой половине лица, туловища и в левых конечностях. В дальнейшем состояние больной ухудшилось, появились сонливость и расходящееся косоглазие.

Вопросы.

Неврологические синдромы?

Предполагаемое место поражения?

Предварительный клинический диагноз?

Как объяснить ухудшение состояния больной?

Наиболее информативное дополнительное исследование?

Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?

Задача 17

Женщина 45 лет доставлена в больницу в связи с интенсивной головной болью, тошнотой и повторными рвотами, которые возникли днём после физической нагрузки. До заболевания считала себя практически здоровой. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 160/100 мм рт.ст., пульс – 70 ударов в минуту, ритм правильный, светобоязнь, ригидность шейных мышц, парезов и других неврологических нарушений нет.

Вопросы.

Неврологические синдромы?

Локализация поражения?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные исследования?
Лечение, если диагноз подтвердится?

Задача 18

Мужчина 65 лет доставлен в больницу в связи с головной болью, онемением и неловкостью в левых конечностях, которые возникли вечером после приёма алкоголя. В течение более 20 лет страдает артериальной гипертензией, обычные значения артериального давления в последний год - 160-180/90-100 мм рт.ст, регулярного лечения артериальной гипертензии не проводит. При обследовании: спутанное состояние сознания, артериальное давление – 210/120 мм рт.ст., пульс – 95 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, утрачены все виды чувствительности в левых конечностях, сила в них достаточная, но движения неловкие, при пальценосовой и пяточноколенной пробах наблюдается промахивание при закрывании глаз, сухожильные рефлексы оживлены, и симптом Бабинского выявляется слева.

Вопросы.
Неврологические синдромы?
Предполагаемое место поражения?
Предварительный клинический диагноз?
Наиболее информативное дополнительное исследование?
Лечение, если диагноз подтвердится?

Задача 19

Мужчина 55 лет доставлен в больницу в связи с интенсивной головной болью и слабостью в левых конечностях, которые возникли на фоне употребления алкоголя. В течение 15 лет страдает артериальной гипертензией, обычные значения артериального давления в последний год - 180-190/100-110 мм рт.ст. При обследовании: спутанное состояние сознания, гиперемия лица, артериальное давление – 210/120 мм рт.ст., пульс – 100 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, выпадение левых полей зрения, парез нижней части мимических мышц слева, при высовывании девиация языка влево, отсутствие движений в левых конечностях, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева, снижение всех видов чувствительности на левой половине лица, туловища и в левых конечностях. В дальнейшем состояние больного ухудшилось, появились сонливость и расходящееся косоглазие.

Вопросы.
Неврологические синдромы?
Топический диагноз?
Предварительный клинический диагноз?
Как расценить ухудшение состояния больного?
Дополнительные обследования и их предполагаемые результаты?
Лечение?

Задача 20

Женщина 60 лет доставлена в больницу в связи с головной болью, онемением и неловкостью в правых конечностях, которые возникли днём на фоне эмоционального напряжения. В течение длительного времени наблюдается кардиологом с диагнозом: «Гипертоническая болезнь», обычные значения артериального давления в последний год – 180-190/100-110 мм рт.ст. При обследовании: спутанное состояние сознания, сонливость, артериальное давление – 200/120 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, снижение всех видов чувствительности на правой половине лица, туловища и в правых конечностях, движения в них неловкие, при пальценосовой и пяточно-коленной пробах наблюдается промахивание при закрывании глаз, сила в конечностях достаточная, сухожильные рефлексы и мышечный тонус

снижены в правых конечностях.

Вопросы.

Неврологические синдромы?

Топический диагноз?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные обследования и их предполагаемые результаты?

Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?

Задача 21

Мужчина 75 лет доставлен в больницу в связи с головной болью, головокружением, шаткостью походки и неловкостью в конечностях, которые возникли на фоне физической нагрузки. До заболевания считал себя практически здоровым. При обследовании: в сознании, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., пульс – 60 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, горизонтальный и вертикальный нистагм, парезов нет, интенционный тремор в конечностях при выполнении пальцевосовой и пяточно-коленной проб, мышечная гипотония в конечностях. Через три часа состояние больного постепенно ухудшилось, появились сонливость, нарушение глотания, осиплость голоса, частота сердечных сокращений уменьшилась до 40 в минуту.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Топический диагноз?

Предварительный клинический диагноз?

Как расценить ухудшение состояния больного? Возможные причины (этиология) заболевания?

Дополнительные обследования?

Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?

Задача 22

Женщина 70 лет доставлена в больницу в связи с головной болью и слабостью в левых конечностях, которые возникли днём в период уборки квартиры. В течение десяти последних лет отмечаются периодические подъёмы артериального давления до 160/100 мм рт.ст, обычные значения артериального давления -150/90 мм рт.ст. . При обследовании: в сознании, артериальное давление – 170/100 мм рт.ст., пульс – 70 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, парез нижней части мимических мышц слева, при высовывании девиация языка влево, снижение силы в левой руке до 2-х баллов и в левой ноге до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева.

Вопросы.

Неврологические синдромы?

Топический диагноз?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные обследования и их предполагаемые результаты?

Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?

Задача 23

У мужчины 55 лет, постоянно принимающего фенилин в дозе 90 мг/сут после перенесённого инфаркта миокарда, возникли головная боль и нарушение зрения на «левый глаз». При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 160/100 мм рт.ст., частота сердечных сокращение – 76-125 в минуту, ритм неправильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, выпадение левых полей зрения, парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений неи. В биохимическом анализе крови протромбиновый индекс – 40%, международное нормализующее

отношение – 1,3, в анализе мочи обнаружены эритроциты.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Топический диагноз?

Предварительный клинический диагноз?

Предполагаемая причина (этиология) заболевания?

Дополнительные обследования и их предполагаемые результаты?

Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?

Задача 24

У молодой женщины 30 лет в кафе остро возникли сильная головная боль, тошнота, рвота, через несколько минут нарушилось сознание. Врачи «скорой медицинской помощи» выявили сопор, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., пульс – 80 ударов в минуту, ритм правильный, ригидность шейных мышц. Парезов и других неврологических нарушений не обнаружено.

Вопросы.

Неврологические синдромы?

Предварительный клинический диагноз?

Предполагаемая причина (этиология) заболевания?

Врачебная тактика?

Задача 25

Мужчина 48 лет доставлен в больницу в связи с интенсивной головной болью, которая возникла днём при физической работе. До заболевания считал себя практически здоровым. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 150/90 мм рт.ст., пульс – 75 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, симптом Кернига с обеих сторон, парезов и других неврологических нарушений нет. Больной находился на лечении в неврологическом отделении, через 10 дней у больного развилась слабость в левых конечностях до 3-х баллов, появился симптом Бабинского следа.

Вопросы.

Неврологические синдромы?

Предварительный клинический диагноз?

Предполагаемая причина (этиология) заболевания? Причина ухудшения состояния на 10-ый день с момента заболевания?

Дополнительные обследования и их предполагаемые результаты?

Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?

Задача 26

Подросток 16 лет на уроке физкультуры в школе упал и ударился головой. В течение нескольких секунд находился в бессознательном состоянии. В дальнейшем беспокоила головная боль, головокружение, возникла однократная рвота. Доставлен в стационар через 1 час после травмы. При обследовании пациент предъявляет жалобы на головные боли, головокружение, тошноту, обстоятельства травмы не помнит. В неврологическом статусе – мелкокорзинчатый горизонтальный нистагм при взгляде в стороны, пошатывание в позе Ромберга, неуверенность при выполнении координаторных проб, положительный симптом Гуревича. При рентгеновском исследовании костей черепа не обнаружено патологических изменений.

Вопросы.

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные методы исследований?

Как проверяется симптом Гуревича? О чем он свидетельствует?

Врачебная тактика?

Задача 27

Мужчина 27 лет пострадал в автомобильной аварии. В момент аварии находился в автомобиле, ударился головой. После травмы отмечалась потеря сознания длительностью около 5 минут, затем возникала однократная рвота. Доставлен в стационар через 1 час после травмы. При обследовании пациент предъявляет жалобы на головные боли, головокружение, тошноту, обстоятельства травмы не помнит. В неврологическом статусе: дезориентирован в месте и времени, менингеальных симптомов нет, двухсторонний спонтанный горизонтальный нистагм, оживление сухожильных и периостальных рефлексов слева, симптом Бабинского слева. При рентгенологическом исследовании выявлен линейный перелом лобной кости справа.

Вопросы.

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные методы исследования?

Консультации каких специалистов потребуются?

Тактика лечения?

Задача 28

Мужчина 32 лет был избит неизвестными. Во время избиения получил удары по голове, потерял сознание на несколько минут. После возвращения сознания отмечались головная боль, многократная рвота. При обследовании в стационаре, в который поступил через час травмы, предъявляет жалобы на головные боли, головокружение, тошноту. При осмотре: дезориентирован в месте и времени, обстоятельства травмы не помнит. В неврологическом статусе выявляются ригидность шейных мышц, симптом Кернига с двух сторон, двухсторонний спонтанный горизонтальный нистагм, оживление сухожильных и периостальных рефлексов справа, симптом Бабинского справа. При КТ головы выявляется зона патологического снижения плотности мозгового вещества в области полюса левой лобной доли с небольшими участками повышенной плотности.

Вопросы.

Неврологические синдромы?

Клинический диагноз?

Тактика лечения?

Задача 29

Мужчина 32 лет пострадал в автомобильной аварии. В момент аварии находился в автомобиле, ударился головой и потерял сознание. Доставлен в стационар через 1 час после травмы. При осмотре в приемном отделении стационара отмечена обширная подкожная гематома в левой височной области. В неврологическом статусе: поверхностная кома, ригидность шейных мышц и симптом Кернига с двух сторон, оживление сухожильных и периостальных рефлексов с преобладанием справа, симптом Бабинского с обеих сторон. При рентгенологическом исследовании выявлен перелом чешуи левой височной кости.

Вопросы.

Неврологические синдромы?

Предварительный клинический диагноз?

Врачебная тактика?

Задача 30

Женщина 47 лет пострадала в автомобильной аварии. В момент аварии находилась в автомобиле, ударилась головой. После аварии в сознание не приходила. Доставлена бригадой «Скорой медицинской помощи» в стационар через 40 минут после травмы. При осмотре в правой височной области выявлена ушибленная рана мягких тканей. В неврологическом статусе:

поверхностная кома, ригидность шейных мышц и симптом Кернига с двух сторон, правый зрачок значительно шире левого и на свет не реагирует, в левых конечностях движения отсутствуют, симптом Бабинского слева. При рентгенологическом исследовании выявляется перелом чешуи правой височной кости. При ЭхоЭС выявлено смещение срединных структур влево на 7 мм.

Вопросы.

Неврологические синдромы?

Локализация поражения?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные методы исследования?

Лечебная тактика?

Задача 31

Мужчина 30 лет доставлен в стационар бригадой «Скорой медицинской помощи» с улицы, где был сбит машиной. При обследовании в стационаре больной в состоянии психомоторного возбуждения, дезориентирован в месте, времени и собственной личности, сопротивляется осмотру. В неврологическом статусе: ригидность мышц шеи, симптом Кернига с обеих сторон, спонтанный горизонтальный нистагм в обе стороны, других нарушений не выявляется. При КТ головы обнаружены зоны патологического снижения плотности мозгового вещества в области полюсов лобных долей с небольшими участками высокоплотных вкраплений в них. Признаков компрессии и дислокации головного мозга нет.

Вопросы.

Клинический диагноз?

Лечебная тактика?

Прогноз заболевания?

Задача 32

Женщина 21 года была сбита машиной, при падении ударилась затылком о тротуар и утратила сознание на несколько минут. Придя в сознание, ощутила головную боль и тошноту, смогла самостоятельно встать и дойти до поликлиники, откуда была госпитализирована в стационар. В стационаре предъявляла жалобы на сильные головные боли и тошноту, при внешнем осмотре на коже затылочной области отмечена ссадина, в неврологическом статусе не выявлено патологических изменений. Спустя 6 часов после травмы возникло кратковременное психомоторное возбуждение, после которого развились расстройство сознания до уровня глубокого оглушения и слабость в левых конечностях до 3-х баллов с оживлением сухожильных и периостальных рефлексов и симптомом Бабинского. При эхоэнцефалоскопии обнаружено смещение срединных структур на 6 мм справа налево.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Предварительный клинический диагноз? Чем обусловлено ухудшение состояния к вечеру?

Дополнительные методы исследования?

Лечебная тактика?

Задача 33

Подросток 14 лет получил удар по голове тяжелым предметом, после чего утратил сознание в течение нескольких секунд. Придя в сознание, он жаловался на сильную головную боль и тошноту, была однократная рвота. Через 15 минут постепенно нарушилось сознание. Бригадой «Скорой медицинской помощи» был доставлен в стационар. При обследовании в стационаре угнетение сознания до уровня сопора, в ответ на болевое раздражение в левых конечностях возникают активные движения, в правых конечностях они отсутствуют, отмечается симптом Бабинского с двух сторон.

При эхоэнцефалоскопии установлено смещение срединных структур мозга слева направо на 7 мм. При рентгенографии черепа выявлена трещина левой теменной кости.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные методы исследования?

Лечебная тактика?

Задача 34

Мужчина 62 лет жалуется на головную боль и тошноту, которые отмечаются в течение последних 3 недель и постепенно усиливаются. В последние 3 дня на высоте приступа головной боли по утрам возникла рвота. Головные боли начались после травмы: больной поскользнулся и упал на улице, ударился головой. После травмы отмечались кратковременная утрата сознания, головная боль, тошнота. При осмотре в неврологическом статусе выявляются оживление сухожильных и периостальных рефлексов с левых конечностей, симптом Бабинского слева. При исследовании глазного дна окулист выявил начальные признаки застойных изменений дисков зрительных нервов. При ЭхоЭС обнаружено смещение срединных структур мозга справа налево на 9 мм.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные методы исследования?

Лечебная тактика?

Задача 35

Мужчина 19 лет был избит на улице, получил удар тяжелым предметом по голове. Возникли кратковременная утрата сознания, однократная рвота, умеренная головная боль. Смог самостоятельно дойти до дома, за медицинской помощью не обращался. Через 3 часа после травмы отметил нарастание головной боли и слабость в левых конечностях. Доставлен в стационар бригадой «Скорой медицинской помощи». При обследовании в стационаре выявлено угнетение сознания до степени оглушения, снижение мышечной силы в левых конечностях до трех баллов, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева. При осмотре головы в мягких тканях теменно-височной области слева найдена обширная гематома. При рентгенографии черепа обнаружен линейный перелом чешуи левой височной кости.

Вопросы.

Неврологические синдромы?

Локализация поражения?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные методы исследования?

Лечебная тактика?

Задача 36

Мужчина 25 лет был избит, получил удар тяжелым предметом по голове. Отмечалась кратковременная утрата сознания, в дальнейшем беспокоила головная боль, была однократная рвота. Доставлен в стационар через 1 час после травмы. Предъявляет жалобы на головные боли, тошноту, слабость в левой руке. При осмотре в правой теменной области выявляется ушибленная рана мягких тканей головы. В неврологическом статусе отмечаются слабость левой руки со снижением мышечной силы преимущественно в кисти до трех баллов, снижение болевой и температурной чувствительности в левой кисти. При рентгенографии черепа выявляется многооскольчатый перелом передних отделов теменной кости справа с внедрением костных фрагментов в полость

черепе на глубину около 2 см.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные методы исследования?

Лечебная тактика?

Задача 37

Женщина 30 лет, предъявляет жалобы на приступообразные головные боли пульсирующего характера, чаще справа. Считает себя больной в течение 10 лет. Приступу цефалгии предшествуют зрительные нарушения в виде выпадения левых полей зрения. Зрительные нарушения длятся 10-15 мин., затем возникает головная боль. Приступ продолжается от 3-4 часов до 2 суток и сопровождается тошнотой, рвотой, светобоязнью. Физическая нагрузка во время приступа резко усиливает боль. Приступ цефалгии провоцируется эмоциональным напряжением, длительным нахождением в душном помещении, иногда менструальным циклом. Частота приступов 1–2 в месяц. Аналогичные головные боли у матери и бабушки больной. При неврологическом исследовании нарушений не выявлено.

Вопросы.

Клинический диагноз?

Необходимо ли проведение дополнительных исследований? Если да, какие исследования?

Лечение в период приступов головной боли?

Профилактика приступов головной боли?

Задача 38

Женщина 50 лет предъявляет жалобы на диффузные головные боли давящего характера, которые напоминают «сдавливание головы обручем». Дебют заболевания больная связывает с психотравмирующей ситуацией (развод с мужем 5 лет назад). В начале заболевания головные боли возникали 2-3 раза в неделю; в течение последних месяцев они стали постоянными. Физическая нагрузка на характер головной боли не влияет. Семейный анамнез не отягощен. При обследовании отмечается болезненность при пальпации перикраниальных мышц и мышц шеи, симптомов поражения нервной системы не выявлено.

Вопросы.

Клинический диагноз?

Необходимо ли проведение дополнительных исследований? Если да, какие исследования?

Медикаментозное лечение?

Какое немедикаментозное лечение можно порекомендовать?

Задача 39

Мужчина 40 лет жалуется на периодически возникающие стереотипные приступы интенсивной боли в области правого глаза в течение 10 лет. Боли чаще возникают ночью. Приступ сопровождается слезотечением, покраснением конъюнктивы, ринореей. Длительность приступа 10-40 минут, количество таких приступов может достигать до 6-8 в сутки. Длительность обострения – около месяца, ремиссии – около года. При неврологическом обследовании на стороне головной боли отмечаются сужение глазной щели, сужение зрачка и отек век, другой патологии со стороны нервной системы не выявлено.

Вопросы.

Клинический диагноз?

Необходимо ли провести дополнительные исследования? Если да, какие исследования?

Назначьте лечение?

Задача 40

Девушку 19 лет в течение 5 лет беспокоит головная боль пульсирующего характера в левой (реже в правой) лобно-височно-затылочной области. Головная боль возникает приступообразно и сопровождается тошнотой, рвотой, фоно- и фотофобией. Длительность приступа от нескольких часов до 2-3 суток. Приступ цефалгии часто возникает при переутомлении, эмоциональном напряжении. Частота приступов 1–2 раза в месяц. В неврологическом статусе изменений нет. Аналогичные головные боли у матери больной и ее бабушки.

Вопросы.

Клинический диагноз? С чем проводится дифференциальный диагноз?

Необходимо ли провести дополнительные исследования? Если да, какие исследования?

Лечение в период приступа?

Профилактика приступов?

Задача 41

Женщина 34 лет жалуется на пульсирующие головные боли в лобно-височно-затылочной локализации, которые чаще возникают справа. Головной боли предшествует слабость в левых конечностях в течение 20 минут. Затем развивается приступ цефалгии, который сопровождается тошнотой, рвотой, светобоязнью. Длительность приступа от 4-х часов до 2х суток. Головные боли беспокоят с 15 лет, они длительно возникали не чаще одного раза в месяц, но в последний год участились до 3-6 приступов в месяц, что пациентка связывает с возросшими физическими нагрузками, необходимостью работать в ночное время. У отца и брата аналогичные головные боли. В неврологическом статусе вне приступа у пациентки нет нарушений. При магнитно-резонансной томографии головного мозга не выявлено патологии.

Вопросы.

Клинический диагноз? С чем связана слабость в левых конечностях?

Лечение во время приступа головной боли?

Профилактика приступов цефалгии?

Задача 42

Мужчина 45 лет предъявляет жалобы на приступы сильной боли в области правого глаза, продолжающиеся от 15 до 60 минут. В период приступа боли отмечаются покраснение глаза, слезотечение, заложенность носа. Приступы беспокоят с 30 лет, их частота колеблется от 1 до 8 в день. Они продолжаются в течение месяца, затем боли не беспокоят в течение 2-3 лет. Вне приступа неврологических нарушений нет. При магнитно-резонансной томографии головного мозга не выявлено патологии.

Вопросы.

Клинический диагноз?

Необходимо ли проведение дополнительных исследований?

Лечение?

Задача 43

Женщина 25 лет жалуется на приступообразные головные боли пульсирующего характера в лобно-височной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, светобоязнью. Боли чаще возникают на левой стороне головы. Приступу цефалгии предшествуют нарушения речи в виде дизартрии в течение 10-15 минут. Затем развивается приступ цефалгии. Во время приступа больная не переносит громкие звуки, запахи. Она предпочитает лежать в постели в темном помещении. Длительность приступа от 6-8 часов до 2-х суток. Частота приступов до 1–2 раз в месяц. У отца больной и брата возникают аналогичные приступы. При неврологическом обследовании нарушений нет.

Вопросы.

Клинический диагноз?

Необходимо ли провести дополнительные исследования? Если да, какие исследования?

Лечение в период приступа?

Профилактика приступов?

Задача 44

Мужчина 60 лет предъявляет жалобы на боли пульсирующего, ноющего характера в височной области с обеих сторон. Головные боли появились около года назад, в дебюте заболевания наблюдались потеря аппетита, повышение температуры, потливость, миалгии, артралгии. При пальпации определяется извитая, плотная и болезненная височная артерия с обеих сторон. Очаговой неврологической симптоматики нет. В клиническом анализе крови: гипохромная анемия, умеренный лейкоцитоз, увеличение СОЭ до 35 мм/час.

Вопросы.

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные обследования и их вероятные результаты?

Лечение, если подтвердится предварительный диагноз?

Задача 45

Мужчина 45 лет предъявляет жалобы на постоянные ноющие боли в правой околоушной области. Боли часто распространяются в ухо, висок, подчелюстную область, шею. Они усиливаются при жевании и открывании рта. При пальпации лица обнаруживаются триггерные точки в жевательных и височных мышцах. Открывание рта ограничено, оно возможно лишь на толщину двух проксимальных межфаланговых суставов. Патологии со стороны нервной системы не выявлено. На рентгенограммах не обнаружено изменений височно-нижнечелюстного сустава.

Вопросы.

Клинический диагноз?

Необходимо ли проведение дополнительных исследований?

Лечение?

Задача 46

Мужчина 40 лет жалуется на приступы сильных болей, сверлящего, жгучего характера в правой орбитальной, супраорбитальной или височной области с иррадиацией в щеку, ухо, зубы или в область шеи. Болен в течение 15 лет. Длительность боли варьирует от 15 минут до 3 ч. Частота атак от 1 до 8 в сутки. Боли длятся 2-6 недель, а затем исчезают на несколько месяцев или лет. Во время приступа на стороне боли отмечаются конъюнктивальная инъекция, слезотечение, заложенность носа, потливость лица, отек века, птоз и миоз. Других изменений в неврологическом статусе не выявлено.

Вопросы.

Клинический диагноз?

Необходимо ли проведение дополнительных исследований?

Лечение?

Задача 47

Женщина 25 лет жалуется на периодическую головную боль, возникающую то в левой, то в правой височной области. Боль носит пульсирующий характер, сопровождается рвотой и наблюдается в начале менструального периода. Впервые головная боль появилась в возрасте 18 лет. В последние годы приступы стали продолжительными и сопровождаются повторными рвотами. Мать больной в молодости страдала аналогичными головными болями. В неврологическом статусе не

выявлено нарушений. Обращают на себя внимание вазомоторная лабильность лица, гипергидроз ладоней, артериальное давление 85/60 мм рт.ст. В соматическом статусе не обнаружено изменений.

Вопросы.

Клинический диагноз?

Необходимо ли проведение дополнительных исследований?

Лечение?

Задача 48

Женщина 63 лет предъявляет жалобы на сильнейшие стреляющие боли в нижней челюсти справа. Боли беспокоят уже три года, возникают ежедневно, носят пароксизмальный характер, провоцируются холодом. Длительность пароксизма от нескольких секунд до 1 минуты. Предполагая стоматологическую причину болей, пациентка санировала все зубы, однако приступы продолжались. В неврологическом статусе вне приступа не обнаружено изменений.

Вопросы.

Клинический диагноз?

Необходимо ли проведение дополнительных исследований?

Лечение?

Задача 49

Женщина 70 лет предъявляет жалобы на приступы сильнейших болей в правой половине лица. Считает себя больной около 10 лет. Боли возникают внезапно, длятся несколько секунд и носят острый, режущий характер. Приступы болей провоцируются разговором, жеванием, прикосновением к коже около крыла носа справа. Боль начинается в области верхней губы и распространяется на верхние зубы и скуловую кость справа. Между приступами в неврологическом статусе отмечаются болезненность при пальпации инфраорбитальной точки справа, гиперестезия в области верхней челюсти справа.

Вопросы.

Клинический диагноз?

Необходимо ли проведение дополнительных исследований?

Лечение?

Задача 50

Мужчина 35 лет предъявляет жалобы на периодически возникающие сильные боли в области правого глаза, сопровождающиеся слезотечением, покраснением глаза, заложенностью правой половины носа. Длительность приступа, во время которого боль постепенно усиливается и распространяется на правую височную область, не превышает 1 часа. Боли появились в 30 лет, они продолжаются в течение одного или двух месяцев, затем наступает ремиссия на протяжении нескольких месяцев. При неврологическом обследовании вне приступа отмечается неполный синдром Горнера справа, другой неврологической симптоматики не выявляется.

Вопросы.

Клинический диагноз?

Необходимо ли проведение дополнительных исследований?

Лечение?

Задача 51

Родители 8-летней девочки сообщают, что у ребенка примерно один раз в месяц отмечаются приступы болей в животе, сопровождающиеся тошнотой, побледнением кожных покровов. Часто боли в животе сочетаются с головной болью лобно-височной локализации. Длительность приступов

составляет несколько часов. При неоднократном гастроэнтерологическом обследовании патологии со стороны желудочно-кишечного тракта не выявлено. Неврологическое обследование вне приступа также не обнаруживает отклонений от нормы. Аналогичные эпизоды головной боли отмечаются у матери больной.

Вопросы.

Клинический диагноз?

Необходимо ли проведение дополнительных исследований?

Лечение?

Задача 52

У мужчины 32 лет после поднятия тяжести возникла сильная боль в поясничном отделе позвоночника. Боль резко усиливается при движении в поясничном отделе позвоночника. При обследовании обнаружены выраженное напряжение мышц спины, сколиоз выпуклостью вправо в поясничном отделе, сглаженность поясничного отдела позвоночника. Движения в поясничном отделе резко ограничены, наклон туловища вперед не возможен из-за резкого усиления болей. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не обнаружено.

Вопросы.

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования?

Лечение?

Задача 53

Мужчина 45 лет во время физической работы на даче ощутил боль в поясничном отделе позвоночника, с иррадиацией по задненаружной поверхности правой ноги. Боль сохранилась в течение последующих трех дней, что послужило поводом для обращения к врачу. При опросе больной отметил, что боль усиливается при движении в поясничном отделе, кашле или чихании. При обследовании обнаружены выраженное напряжение мышц спины, сколиоз выпуклостью вправо в поясничном отделе, сглаженность поясничного отдела позвоночника. Движения в поясничном отделе резко ограничены, наклон туловища вперед, сгибание вправо не возможны из-за резкого усиления болей. Отмечаются слабость большого разгибателя пальцев правой стопы, болевая гипестезия по наружной поверхности правой голени и наружному краю стопы; ахиллов рефлекс отсутствует справа, симптом Лассега положителен справа под углом 30°.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования?

Лечение?

Задача 54

Мужчина 46 лет, водитель, обратился к врачу с жалобами на остро возникшую боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Боли в поясничной области периодически беспокоят в течение 15 лет, обычно после физической нагрузки, подъема тяжести. Настоящее обострение в течение недели. Боль усиливается при движении, кашле. При обследовании обнаружены выраженное напряжение мышц спины, сколиоз выпуклостью влево в поясничном отделе. Движения в поясничном отделе резко ограничены, положительный симптом «посадки». Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

Вопросы.

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования?

Лечение?

Задача 55

Женщина 57 лет, бухгалтер, жалуется на боли в шейном отделе позвоночника, распространяющиеся по наружной поверхности правой руки. Боли беспокоят в течение последних 3-х месяцев, постепенно усиливаются. При обследовании обнаружены напряжение мышц шеи, усиление кифоза в шейном отделе, ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника из-за болей. Определяются напряжение и болезненность трапецевидной мышцы, надостной мышцы, средней лестничной мышцы справа. При пальпации лестничной мышцы, повороте головы влево возникают боли по наружной поверхности правой руки. Отмечаются гипестезия по медиальной поверхности предплечий и кисти и снижение рефлекса с m.biceps справа, других неврологических нарушений нет.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования?

Лечение?

Задача 56

Женщина 42 лет, бухгалтер, жалуется на сильные боли в поясничной области, распространяющиеся по наружной поверхности правой ноги до пальцев стопы. Боли усиливаются при движении, покашливании. Боли в поясничной области периодически беспокоят в течение 5 лет, обычно после физической нагрузки, работе на даче. Настоящее обострение возникло неделю назад после неловкого движения. При обследовании обнаружены выраженное напряжение мышц спины, сколиоз выпуклостью вправо в поясничном отделе, кифоз в поясничном отделе позвоночника. Движения в поясничном отделе резко ограничены, наклон туловища вперед не возможен из-за резкого усиления болей. Отмечается болевая гипестезия по наружной поверхности правой голени и наружному краю стопы; ахиллов рефлекс отсутствует справа, симптом Ласега положителен справа под углом 30°. При перкуссии по поясничному отделу позвоночника возникают простреливающие боли, распространяющиеся по наружной поверхности правой ноги до пятки.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования?

Лечение? Какое немедикаментозное лечение можно порекомендовать?

Задача 57

Женщина 27 лет, пианистка, жалуется на интенсивную боль в шее, невозможность поворота головы, особенно вправо, из-за болей. Боли в шее периодически беспокоили в течение последних 5 лет, настоящее обострение в течение двух дней на фоне интенсивных музыкальных упражнений. При обследовании отмечаются ограничение подвижности в шейном отделе, защитное напряжение длинных мышц, больше справа, сглаженность шейного лордоза. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

Вопросы.

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования?

Лечение?

Какое немедикаментозное лечение можно порекомендовать?

Задача 58

Мужчина 24 лет, программист, жалуется на сильную боль в грудном отделе позвоночника, распространяющуюся в левую половину грудной клетки. Боль возникла два дня назад на фоне длительной работы за персональным компьютером. Боль усиливается при дыхании, ротационных движениях в позвоночнике. Прием нитроглицерина не уменьшил выраженность боли, ЭКГ не выявила изменений. При обследовании выявляются S-образный сколиоз позвоночника, болезненность паравerteбральных точек на грудном уровне (Th5–Th6) слева, болезненность при пальпации межреберного промежутка Th5–Th6 слева, защитное напряжение длинных мышц спины на грудном уровне слева. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

Вопросы.

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования?

Лечение?

Какое немедикаментозное лечение можно порекомендовать?

Задача 59

Мужчина 57 лет жалуется на интенсивные боли в нижнегрудном отделе позвоночника, распространяющиеся в грудную клетку справа. Боли беспокоят в течение 2-х месяцев. Интенсивность болей потребовала назначения наркотиков. В течение последней недели отмечает слабость в ногах, ощущение онемения в стопах. В последние полгода похудел на 10 кг. Отмечаются болезненность при перкуссии остистых отростков грудных позвонков Th10– Th 11, гиперестезия по межреберному промежутку Th10– Th11 справа, слабость в ногах до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов с ног, двухсторонний симптом Бабинского, снижение суставно-мышечного чувства в пальцах ног правой ноги, ослабление болевой чувствительности с уровня паховой складки слева.

Вопросы.

Неврологические синдромы?

Локализация поражения?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные обследования?

Задача 60

Мужчина 47 лет, грузчик, периодически в течение 5 лет отмечал боли в области шеи и плеч с двух сторон. В последние два месяца появилась и выросла слабость в ногах. В неврологическом статусе: легкая гипотрофия, слабость мышц правого плеча и руки, отсутствие сухожильных рефлексов с двуглавой мышцы плеча и болевая гипестезия в зонах C5–C6 с двух сторон, снижение силы в ногах до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов с ног, симптом Бабинского с обеих сторон.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные обследования?

Лечение, если подтвердится предварительный диагноз?

Задача 61

Женщина 44 лет, повар, предъявляет жалобы на боли в поясничной области с иррадиацией в левую ногу, ощущение онемения в пальцах левой ноги. Боли в пояснице периодически беспокоят в течение 3 лет. Последнее обострение, наступившее 2 недели назад, больная связывает с переохлаждением и физическими нагрузками. Объективно: поясничный лордоз сглажен, сколиоз в поясничном отделе выпуклостью влево, резкое ограничение движений в этом отделе позвоночника

из-за болей, напряжение длинных мышц спины. Выявляются снижение всех видов чувствительности в виде полосы по задненаружной поверхности левого бедра и голени, наружному краю стопы, отсутствие левого ахиллова рефлекса, положительный симптом Ласега под углом 30°.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования?

Лечение?

Задача 62

Мужчина 43 лет, сантехник, утром после сна отметил слабость в правой кисти. Накануне употреблял алкоголь в большом количестве и заснул сразу в конце застолья. При осмотре отмечаются слабость разгибателей кисти и пальцев ("висячая кисть"), плечелучевой мышцы, слабость разгибания и отведения большого пальца, снижение всех видов чувствительности в области анатомической табакерки, снижение рефлекса с трехглавой мышцы плеча.

Вопросы.

Неврологические синдромы?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные обследования и их вероятные результаты?

Лечение?

Задача 63

Мужчина 52 лет после циклевания полов отметил слабость и онемение в стопе. При обследовании отмечаются слабость мышц, обеспечивающих тыльное сгибание стопы, снижение всех видов чувствительности по наружной поверхности голени, тыльной поверхности стопы. Больной не может стоять на пятке правой стопы, ахилловы и коленные рефлексy сохранены.

Вопросы.

Неврологические синдромы?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные обследования и их вероятные результаты?

Лечение?

Задача 64

Женщина 32 лет жалуется на асимметрию лица, слезотечение из левого глаза, боли в заушной области слева. Заболела за день до поступления, накануне длительное время находилась на улице без головного убора при температуре воздуха -5°. При обследовании выявляется асимметрия лица: слева лагофтальм, сглажена левая носогубная складка, опущен угол рта. При выполнении мимических проб отмечаются слабость всех мимических мышц левой половины лица, симптом Белла слева. Снижена вкусовая чувствительность на передних двух третях языка слева, других неврологических нарушений нет.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Что такое лагофтальм, симптом Белла?

Локализация поражения?

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования?

Лечение?

Задача 65

Девушка 16 лет поступила в стационар с жалобами на слабость в ногах и руках, онемение в

стопах ("ощущение поролона под ногами"). Она заболела за четыре дня до поступления в больницу, когда отметила онемение и боли в ногах, к которым постепенно присоединилась слабость сначала в ногах, затем в руках и мимических мышцах лица. За две недели до поступления были проявления острой респираторной вирусной инфекции. При поступлении отмечались слабость мимических мышц с левой стороны, слабость в ногах до двух баллов, в руках до трех баллов, гипотония мышц, отсутствие сухожильных рефлексов с ног и с рук, положительные симптомы натяжения нервных корешков, снижение всех видов чувствительности в ногах по типу "носков".

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования и их вероятные результаты?

Лечение?

Задача 66

Женщина 52 лет жалуется на онемение, покалывание и боли в кистях рук, особенно по ладонной поверхности первых трех пальцев, отечность кистей. Боли беспокоят в течение 5 лет и постепенно нарастают. Они усиливаются во время сна и при работе руками (глажении, вязании). В последний год к ним присоединились слабость и похудание кистей рук. При осмотре с обеих сторон выявляются гипотрофия в области мышц большого пальца кисти, слабость при его отведении и противопоставлении, слабость сгибателей первых трех пальцев, положительный симптом Тиннеля в области запястья, снижение всех видов чувствительности на ладонной поверхности первых трех пальцев. Боли усиливаются при поднимании рук и сгибании кистей в лучезапястном суставе.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования и их вероятные результаты?

Лечение?

Задача 67

Мужчина 55 лет жалуется на интенсивные стреляющие боли в правом предплечье и кисти, онемение внутренней поверхности правой руки, ограничение движений правой рукой, отечность кисти. Вышеуказанные жалобы возникли после вывиха правого плечевого сустава со значительным смещением. При осмотре в правой руке выявляются слабость в проксимальных и дистальных отделах, отсутствие сухожильных рефлексов, гипотония и атрофия мышц плеча, предплечья и кисти, снижение всех видов чувствительности по "мозаичному типу".

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования и их вероятные результаты?

Лечение?

Задача 68

Мужчина 32 лет жалуется на онемение, жжение, покалывание в стопах, пальцах рук, слабость в ногах, неустойчивость при ходьбе, особенно в темноте. Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 3–4 месяцев. Длительное время злоупотребляет алкоголем. Объективно: слабость до 4-х баллов в дистальных отделах рук и до 3-х баллов в дистальных отделах ног, гипотрофия мышц конечностей с преобладанием в дистальных отделах, отсутствие ахилловых и карпорадиальных рефлексов, снижение всех видов чувствительности по типу "перчаток" и "носков", положительная проба Ромберга, промахивание при выполнении пальценосовой и пяточноколенной проб с

закрытыми глазами.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования и их вероятные результаты?

Лечение? Профилактика?

Задача 69

Женщина 52 лет жалуется на боли, онемение, жжение, ощущение покалывания в стопах. Эти жалобы беспокоят в течение 4-х месяцев. Страдает инсулин-независимым сахарным диабетом, в течение 3-х лет, принимает манинил, уровень сахара в крови натощак в пределах 8–10 ммоль/л. В неврологическом статусе: снижение болевой и температурной чувствительности по типу "носков", гиперпатия в области стоп, отсутствие ахилловых рефлексов, трофические изменения кожи обеих стоп.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования и их вероятные результаты?

Лечение? Профилактика?

Задача 70

Мужчина 38 лет предъявляет жалобы на онемение по медиальной поверхности предплечья, кисти и мизинца слева. Эти ощущения возникли при выходе из наркоза после перенесенной полостной операции два месяца назад. При неврологическом обследовании на левой руке выявлено: снижение всех видов чувствительности по внутренней поверхности предплечья, кисти, мизинца и безымянного пальцев, гипотрофия мышц мизинца, межкостных мышц, снижение силы в сгибателях мизинца, безымянного пальцев и мышце, отводящей мизинец.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования и их вероятные результаты?

Лечение?

Задача 71

Мужчина 29 лет жалуется на боли в правой ягодичной области с иррадиацией по задне-наружной поверхности бедра, голени, а также на онемение, ощущение покалывания в стопе и слабость в ней. Накануне в состоянии алкогольного опьянения больной заснул, сидя на стуле, после чего возникли вышеуказанные жалобы. При обследовании: болезненность при пальпации правой грушевидной мышцы, положительный симптом Ласега справа, снижение всех видов чувствительности по наружной поверхности голени и в стопе справа, слабость мышц правой стопы, обеспечивающих как тыльное, так и подошвенное сгибание, отсутствие правого ахиллов рефлекса.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования?

Лечение?

Задача 72

Мужчина 47 лет предъявляет жалобы на слабость мышц левой кисти, ощущение онемения на

тыльной поверхности кисти. Двое суток назад больной перенес операцию, проходившую под наркозом. Во время операции на отведенной в сторону левой руке осуществлялись измерение артериального давления, внутривенные вливания и другие манипуляции. При обследовании в левой руке выявлены слабость в разгибателях кисти и пальцев, отсутствие рефлекса с трехглавой мышцы плеча, снижение всех видов чувствительности в области наружной поверхности нижней части предплечья, тыльной поверхности кисти и большого пальца.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования?

Лечение?

Задача 73

Женщина 33 лет через 12 дней после родов почувствовала онемение в стопах, пошатывание при ходьбе, ощущение «стельки» под ногами, затруднения при подъеме по лестнице, при вставании со стула. Через 3 дня к этим жалобам присоединились онемение пальцев рук, затруднения при поднимании рук. Еще через 2 дня нарасла слабость в руках и ногах, больная не смогла самостоятельно ходить, и она была госпитализирована в неврологическое отделение. При обследовании: умеренно выраженная слабость всех мимических мышц с обеих сторон, слабость в конечностях до одного балла в ногах и трех баллов в руках с преобладанием в проксимальных отделах, мышечная гипотония, отсутствие сухожильных рефлексов, положительные симптомы Ласега и Вассермана, снижение всех видов чувствительности по типу «носков» и «перчаток».

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования? Лечение?

Задача 74

Женщина 23 лет находилась в течение полутора часов в электропоезде у открытого окна, расположенного справа от нее. На следующий день утром она обнаружила, что плохо закрывается правый глаз, из него вытекает слеза, опущен правый угол рта, жидкая пища выливается из правого угла рта. При обследовании: на правой половине лица опущена бровь, лагофтальм, носогубная складка сглажена, угол рта опущен, глаз не закрывается полностью и слезится, при оскале перекошено лицо влево. Других неврологических нарушений не выявлено.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования?

Лечение?

Задача 75

Женщина 36 лет предъявляет жалобы на слабость в ногах, затруднения при ходьбе, «похудание» мышц голеней, слабость в кистях рук. Считает себя больной с 16 лет, когда впервые отметила слабость в ногах. В дальнейшем слабость постепенно нарастала, к ней присоединились похудание мышц голеней и слабость в кистях рук. Сходные нарушения отмечались у мамы и бабушки больной. При обследовании выявляются полые стопы с деформацией пальцев, выраженная гипотрофия мышц голеней, легкая гипотрофия кистей, слабость тыльного сгибания стопы и пальцев до двух баллов, слабость подошвенного сгибания стопы до четырех баллов, отсутствие ахилловых рефлексов, снижение всех видов чувствительности по типу «носков».

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования?

Лечение?

Задача 76

Женщина 47 лет предъявляет жалобы на слабость в ногах, ощущение онемения в пальцах стоп. Эти жалобы появились шесть месяцев назад и постепенно narosli до такой степени, что больной стало сложно самостоятельно передвигаться. Год назад у больной был установлен рак шейки матки, она была оперирована и по настоящее время находится на диспансерном наблюдении. При обследовании: выраженная гипотония и гипотрофия мышц голеней и стоп, мышечная сила снижена в дистальных отделах ног до 2-х баллов, в проксимальных отделах – до 4-х баллов, не вызываются коленные и ахилловы рефлексy, болевая гипестезия с уровня коленных суставов.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования?

Лечение и прогноз заболевания?

Задача 77

Мужчина, 56 лет, предъявляет жалобы на двоение предметов по горизонтали и по вертикали, ощущение «тяжелых» век. Эти жалобы беспокоят в течение двух недель, они появляются и нарастают во второй половине дня, при длительном чтении. При обследовании: опущение верхних век, более выраженное справа, движение правого глазного яблока ограничено вверх и кнаружи, движение левого глазного яблока ограничено вверх, двоение предметов при взгляде вправо и вверх, других неврологических нарушений нет. Подкожное введение прозерина вызвало полный регресс неврологических нарушений.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования?

Лечение?

Задача 78

Женщина, 36 лет, педагог, предъявляет жалобы на осиплость голоса, возникающую в конце учебных занятий, а также слабость в конечностях, особенно при физической нагрузке. Эти жалобы беспокоят в течение трех месяцев, после отдыха утром голос становится нормальным. При обследовании выявлена дисфония при голосовой нагрузке, отмечаются слабость мышц проксимальных отделов верхних и нижних конечностей до 4-х баллов, снижение сухожильных рефлексов. Подкожное введение прозерина вызвало полный регресс неврологических нарушений.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования?

Лечение?

Задача 79

Женщина, 34 лет, обратилась с жалобами на периодически возникающее двоение предметов,

слабость мышц рук и ног при физической нагрузке. Два года назад при длительной работе за компьютером или при чтении стали опускаться веки, появилось двоение предметов по горизонтали. После отдыха указанные симптомы регрессировали. Через год присоединилась слабость мышц конечностей, развивающаяся при физической нагрузке (развешивание белья, подъем по лестнице) и регрессирующая в покое. При обследовании выявлены слабость в проксимальных группах мышц конечностей и снижение сухожильных рефлексов.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования?

Лечение?

Задача 80

Женщина 52 лет, страдающая миастенией, в связи с нарастанием слабости мышц конечностей без консультации с врачом увеличила дозу калимина с 3-х таблеток до 6-8 таблеток калимина в сутки. На этом фоне появились боли в животе и усиленное слюноотделение, выросла слабость в конечностях. При обследовании: кожные покровы бледные, артериальное давление - 80/40 мм рт. ст., пульс 42 уд/ мин, дыхание учащено до 25 в минуту, зрачки узкие, симметричные, сила в конечностях снижена до 4-х баллов, сухожильные рефлексы низкие.

Вопросы.

Клинический диагноз?

Дифференциальный диагноз?

Причина ухудшения состояния больной?

Лечение?

Задача 81

Женщине 46 лет, страдающей миастенией, в связи с нарушением сна был назначен феназепам по 1 мг на ночь. На этом фоне состояние больной ухудшилось, у нее появилась одышка, слабость в конечностях. При обследовании: кожные покровы бледные, влажные, пульс 120 уд/мин, артериальное давление - 160/90 мм рт., голос низкий, затруднено глотание, в акте дыхания участвуют вспомогательные группы мышц, снижение силы в конечностях до 3-х баллов, снижение сухожильных рефлексов.

Вопросы.

Клинический диагноз?

Причина ухудшения состояния больной?

Лечение?

Задача 82

Мужчина 60 лет предъявляет жалобы на слабость в руках, ощущение тяжести в ногах, подергивания в мышцах рук и ног. Слабость в руках больной впервые отметил 8 месяцев назад, она постепенно нарастает, последние два месяца к ней присоединилось ощущение тяжести в ногах. При обследовании: выраженная гипотрофия мышц кистей и предплечий, фасцикуляции в мышцах рук и ног, слабость в дистальных отделах рук до 2-х баллов, слабость в проксимальных отделах рук до 4-х баллов, в ногах сила достаточная, сухожильные рефлексы на руках и ногах оживлены, рефлекс Бабинского с двух сторон, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования?

Лечение и прогноз заболевания?

Задача 83

Мужчина, 50 лет, предъявляет жалобы на изменения голоса, затруднения при глотании, слабость в конечностях. Считает себя больным в течение года, когда впервые появились осиплость голоса и затруднения при глотании. Эти расстройства постепенно нарастали, в последние шесть месяцев к ним присоединилась слабость в конечностях. При обследовании: дисфагия, дисфония, дизартрия, мягкое небо свисает с обеих сторон, подвижность дужек мягкого неба при фонации ослаблена, глоточные рефлексы снижены, гипотрофия мышц языка, фибрилляции в языке, положительные симптомы орального автоматизма, оживлен нижнечелюстной рефлекс, гипотрофии мышц верхних и нижних конечностях, фасцикуляции в них, снижение силы в конечностях до 4-х баллов, сухожильные рефлексы оживлены, симптом Бабинского с двух сторон, чувствительных и других неврологических нарушений нет.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования?

Лечение и прогноз заболевания?

Задача 84

Женщина, 46 лет, предъявляет жалобы на боли в мышцах, затруднения при подъеме по лестнице, расчесывании волос. Эти жалобы появились месяц назад после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции и постепенно росли. При обследовании: слабость в проксимальных отделах верхних и нижних конечностей до 3-х баллов, сухожильные рефлексы снижены, симметричны, мышцы имеют тестообразную консистенцию, болезненны при пальпации, чувствительных и других неврологических нарушений нет.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования?

Лечение?

Задача 85

Женщина 45 лет предъявляет жалобы на затруднения при зажмуривании глаз и надувании щек, а также на слабость мышц рук и ног, изменение походки. В 25 лет впервые отметила слабость мимических мышц, которая постепенно нарастает. Последние 10 лет беспокоит слабость в конечностях, около двух лет стала отмечать затруднения при ходьбе. При обследовании: слабость мимической мускулатуры, губы "тапира", умеренно выраженные гипотрофии мышц конечностей, слабость в проксимальных отделах конечностей до 3 баллов в дистальных - до 4 баллов, сухожильные рефлексы не вызываются, чувствительных и других неврологических нарушений нет.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования?

Лечение, прогноз?

Задача 86

Родители 6-летнего мальчика отмечают, что в течение последних двух лет у ребенка изменилась походка, он стал часто падать, испытывает затруднения при подъеме по лестнице. При

обследовании: слабость в проксимальных отделах верхних и нижних конечностей до 3 баллов, гипотрофии мышц тазового пояса, псевдогипертрофия икроножных мышц, сухожильные рефлексы не вызываются, при вставании с пола из-за слабости мышц вынужден использовать дополнительные приемы, «утиная» походка. При эхокардиографии отмечено снижение сократимости сердечной мышцы.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования?

Лечение?

Задача 87

Женщина 24 лет предъявляет жалобы на периодически возникающее двоение, быстрое утомление при еде, трудность пережевывания твердой пищи, глухость голоса при длительном разговоре. Эти изменения беспокоят в течение двух последних месяцев. Они обычно появляются к концу дня. При обследовании пациентки не обнаружено неврологических нарушений.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования?

Лечение?

Задача 88

Мужчина 24 лет предъявляет жалобы на «похудание» и слабость мышц лица, а также кистей и стоп, затруднения при глотании, облысение, импотенцию. Мышечная слабость отмечается в течение 5 лет и постепенно нарастает. При обследовании: алопеция в области лба, слабость мимических мышц, гипотрофии мышц конечностей с преобладанием в кистях, слабость мышц до 3-х баллов в дистальных отделах конечностей и до 4-х баллов в проксимальных отделах конечностей, утрата всех сухожильных рефлексов, при перкуссии мышц языка и возвышения большого пальца отмечается «мышечный валик», нарушений чувствительности и других неврологических нарушений нет.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Клинический диагноз?

Дополнительные обследования?

Лечение?

Задача 89

Мужчину 53 лет в течение двух месяцев беспокоят постоянные головные боли распирающего характера, которые усиливаются в утренние часы. В течение последней недели утром на высоте головных болей возникает рвота, появилась и нарастает слабость в правых конечностях. При обследовании: снижение мышечной силы в правых конечностях до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского справа. При эхоэнцефалоскопии выявлено смещение срединных структур мозга слева направо на 7 мм.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные исследования?

Лечебная тактика?

Задача 90

У женщины 72 лет в течение года отмечались приступы клонических судорог в левой стопе, которые постепенно распространялись на всю ногу и далее на руку без потери сознания и продолжались на протяжении нескольких минут. За последний месяц приступы участились и стали ежедневными. Больную стали беспокоить головные боли распирающего характера, появилась и постепенно выросла слабость в левых конечностях. Последний припадок сопровождался утратой сознания и произвольным мочеиспусканием. При обследовании: мышечная сила в руке снижена до 4-х баллов, в ноге – до 2-х баллов, слева повышены сухожильные рефлексы и вызывается симптом Бабинского, снижение болевой и температурной чувствительности на левой половине тела. При осмотре окулистом выявлены застойные изменения на глазном дне.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные исследования?

Лечебная тактика

Задача 91

Женщина 63 лет в течение последних 5 лет отмечает постепенное снижение слуха на правое ухо. В течение последнего года появились и нарастают головные боли, головокружение и шаткость походки. При обследовании: снижение всех видов чувствительности на правой половине лица, легкая слабость всех мимических мышц справа, утрачена вкусовая чувствительность на передних двух третях языка справа, потерян слух на правое ухо, спонтанный горизонтальный нистагм вправо, интенционный тремор при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной проб в правых конечностях, неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе с отклонением вправо.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные исследования?

Лечебная тактика

Задача 92

У женщины 28 лет в течение двух лет отмечаются нарушения менструального цикла. На протяжении последнего года появились и постепенно нарастают головные боли сжимающего характера, а также снижение зрения. При обследовании: выпадение боковых (наружных) полей зрения, других неврологических нарушений нет. В сыворотке крови резко повышено содержание пролактина. При рентгеновском исследовании черепа выявлено частичное разрушение стенок «турецкого седла».

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные исследования?

Лечебная тактика?

Задача 93

Женщина 53 лет жалуется на прогрессирующее ухудшение памяти на текущие события, нарушение ориентировки на местности, трудности при подборе нужного слова в разговоре. Указанные расстройства появились исподволь около 3-4 лет тому назад и непрерывно нарастают. Больная была вынуждена оставить свою работу, сейчас испытывает значительные затруднения в

быту при самообслуживании: в частности, нужна посторонняя помощь при одевании. Анамнез жизни - без особенностей, в семейном анамнезе обращает на себя внимания повышенная забывчивость у отца больной, которая, однако, возникла в возрасте 70 лет. Больная в ясном сознании, но дезориентирована в месте и времени. Нейропсихологическое исследование выявляет грубые нарушения памяти, праксиса, гнозиса и речи. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не выявлено.

Вопросы.

Локализация поражения?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные исследования?

Лечебная тактика

Задача 94

Мужчина 45 лет обратился с жалобами на повышенную забывчивость и непроизвольные подергивания в лице и конечностях. Данные симптомы появились около года назад и со временем нарастают по выраженности. Аналогичные явления отмечались у отца пациента, однако, в несколько более позднем возрасте (после 50 лет). Анамнез жизни - без особенностей. При обследовании: больной в ясном сознании, правильно ориентирован в месте и времени. Нейропсихологическое исследование выявляет снижение памяти и интеллекта. В неврологическом статусе: непроизвольные, быстрые, хаотические неритмичные движения в конечностях и мышцах лица, парезов нет, сухожильные рефлексы живые симметричные, патологических знаков нет, мышечный тонус несколько снижен, чувствительность, координация и тазовые функции не нарушены.

Вопросы.

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные исследования?

Прогноз заболевания?

Задача 95

У молодой женщины 25 лет появилась умеренная боль за правым глазным яблоком. На следующий день заметила снижение остроты зрения на этот глаз. При офтальмоскопии на глазном дне выявлена деколорация височных половин дисков зрительных нервов. При неврологическом обследовании: оживление сухожильных рефлексов на руках и ногах, выпадение брюшных рефлексов, симптом Бабинского справа.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные исследования?

Лечение, если подтвердится предварительный диагноз?

Задача 96

У мужчины 25 лет в течение недели нарастает слабость в правой ноге и неустойчивость при ходьбе. При опросе отмечает, что в возрасте 18 лет у него в течение недели было снижено зрение на левый глаз. К врачам по этому поводу не обращался, поскольку зрение самостоятельно восстановилось. Два года назад он стал отмечать императивные позывы на мочеиспускание и снижение потенции. В неврологическом статусе: горизонтальный нистагм, снижение силы в правой ноге до 4-х баллов, оживление коленного и ахиллова рефлексов справа симптом Бабинского справа, пошатывание в пробе Ромберга и при ходьбе с закрытыми глазами, снижение вибрационной чувствительности на ногах.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?
Предварительный клинический диагноз?
Дополнительные исследования?
Лечение, если подтвердится предварительный диагноз?

Задача 97

Мужчина 40 лет жалуется на слабость в ногах, нарушение походки, двоение. Считает себя больным в течение 15 лет, когда впервые отметил преходящую слабость в ногах. За время болезни отмечалось несколько обострений со слабостью в ногах и частичным восстановлением. В течение последнего года отмечает постепенное нарастание слабости в ногах, нарушения походки, двоения и императивных позывов на мочеиспускание. В неврологическом статусе: монокулярный нистагм влево, скандированная речь, интенционный тремор при выполнении пальценосовой пробы с обеих сторон, слабость в ногах до 3-х баллов, оживление сухожильных рефлексов, симптом Тремнера и Бабинского с обеих сторон, шаткость при ходьбе и в пробе Ромберга.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?
Предварительный клинический диагноз?
Дополнительные исследования?
Лечение, если подтвердится предварительный диагноз?

Задача 98

Женщина 55 лет больна с 18-летнего возраста, когда впервые отметила онемение в ногах. С 35 лет появляется слабость мускулатуры ног. На протяжении 20 лет возникают периодические ухудшения состояния в виде нарастания слабости в ногах, неловкости в руках. В течение последних трех лет отмечается постепенное ухудшение состояния, больная может передвигаться только в пределах квартиры с посторонней помощью. В неврологическом статусе: горизонтальный и вертикальный нистагм, скандированная речь, грубый интенционный тремор при выполнении пальценосовой пробы, снижение мышечной силы в ногах до 2-х баллов с повышением мышечного тонуса по спастическому типу, оживление всех сухожильных рефлексов, клонус обеих стоп, симптомы Тремнера, Бабинского и Россоломо с обеих сторон, неустойчивость в пробе Ромберга, нарушение функции тазовых органов в виде императивных позывов к мочеиспусканию.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?
Предварительный клинический диагноз?
Дополнительные исследования?
Лечение, если подтвердится предварительный диагноз?

Задача 99

Девушка 18 лет жалуется на снижение зрения на правый глаз. Неделю назад появилась боль за правым глазным яблоком, затем в течение нескольких дней в этом глазу снизилась острота зрения до сотых долей, движения глазного яблока стали болезненны. Осмотр окулиста выявил центральную скотому в правом глазу. В неврологическом статусе парезов и других неврологических нарушений не выявлено. При магнитно-резонансной томографии головы в режиме T2, выявлены множественные очаги повышенной плотности, расположенные в мозолистом теле и вокруг желудочков головного мозга.

Вопросы.

Клинический диагноз?
Дополнительные исследования?
Лечение и прогноз заболевания?

Задача 100

Мужчина 25 лет в течение последних шести месяцев отмечает на повышенную физическую утомляемость, появление шаткости и слабости в правой ноге при длительной ходьбе. В неврологическом статусе: горизонтальный нистагм, оживление сухожильных рефлексов на всех конечностях, отсутствие брюшных рефлексов, симптом Бабинского справа, лёгкое пошатывание в пробе Ромберга.

Вопросы.

Неврологические синдромы? Локализация поражения?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные исследования?

Лечение, если подтвердится предварительный диагноз?

Примеры экзаменационных билетов для собеседования

Билет

1. Неврологические проявления порфирии.
2. Тактика ведения больного с ишемическим инсультом, развившемся на фоне фибрилляции предсердий.
3. Ситуационная задача:

Пациентка 60 лет предъявляет жалобы на головокружение, неуверенность и шаткость при ходьбе, усиливающиеся в темное время суток, общую слабость, быструю утомляемость. В анамнезе: артериальная гипертония, резекция желудка по поводу язвенной болезни. При осмотре выявляется утрата глубокой чувствительности в ногах (болевая и температурная чувствительность сохранена), отсутствуют коленные и ахилловы рефлексy, мышечная гипотония, неустойчивость при ходьбе и в пробе Ромберга, усиливающаяся при закрытых глазах. В общем анализе крови – анемия легкой степени.

Инструкция: Выберите один правильный ответ:

1. Неврологические нарушения у пациента соответствуют:
А) сегментарно-корешковому типу расстройств чувствительности;
Б) сегментарно-диссоциированному типу расстройств чувствительности;
В) сенситивной атаксии;
Г) мозжечковой атаксии;
Д) вестибулярной атаксии.
Эталонный ответ: В.

2. Локализация поражения:
А) задние рога спинного мозга;
Б) периферические нервы;
В) задние корешки;
Г) задние канатики спинного мозга;
Д) червь мозжечка.

Эталонный ответ: Г.

3. Эти нарушения наиболее характерны для:
- А) фуникулярный миелоз;
 - Б) болезнь Фридрейха;
 - В) спинная сухотка;
 - Г) острое нарушение спинального кровообращения;
 - Д) опухоль спинного мозга.

Эталонный ответ: А.

4. В основе заболевания лежит:
- А) наследственный дефект;
 - Б) сифилитический воспалительный процесс;
 - В) закупорка задней спинальной артерии;
 - Г) дефицит витамина В12;
 - Д) сдавление спинного мозга экстремедуллярным образованием.

Эталонный ответ: Г.

5. Для данного заболевания наиболее характерно сочетание с:

- А) ахилией;
- Б) кахексией;
- В) артериальной гипертонией;
- Г) гипокалиемией;
- Д) когнитивными нарушениями.

Эталонный ответ: Д.

IV. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА ВЫПУСКНИКА

4.1. Критерии оценки при междисциплинарном тестировании:

Отлично – правильных ответов 90-100%.

Хорошо – правильных ответов 80-89%.

Удовлетворительно - правильных ответов 70-79%.

Неудовлетворительно - правильных ответов 69% и менее.

4.2. Критерии оценки ответов обучающихся при собеседовании:

Характеристика ответа	Оценка
-----------------------	--------

<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен научным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося.</p> <p>Практические (и/или лабораторные) работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий сформированы, все предусмотренные программой учебные задания выполнены, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к максимальному</p>	Отлично
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя.</p> <p>Практические (и/или лабораторные) работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, все предусмотренные программой обучения учебные задания выполнены, качество выполнения большинства из них оценено числом баллов, близким к максимальному</p>	Хорошо
<p>Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p> <p>Практические (и/или лабораторные) работы выполнены, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий выполнено, некоторые из выполненных заданий, возможно, содержат ошибки</p>	Удовлетворительно

<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Практические (и/или лабораторные) работы выполнены частично, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий не сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий не выполнено либо качество их выполнения оценено числом баллов близким к минимальному. При дополнительной самостоятельной работе над материалом курса, при консультировании преподавателя, возможно повышение качества выполнения учебных заданий</p>	<p>Неудовлетворительно</p>
--	----------------------------

4.3. Критерии уровней подготовленности к решению профессиональных задач:

Уровень	Характеристика
Высокий (системный)	Действие осуществляется на уровне обоснованной аргументации с опорой на знания современных достижений медико-биологических и медицинских наук, демонстрируется понимание перспективности выполняемых действий во взаимосвязи с другими компетенциями
Средний (междисциплинарный)	Действие осуществляется на уровне обоснованной аргументации с использованием знаний не только специальных дисциплин, но и междисциплинарных научных областей. Затрудняется в прогнозировании своих действий при нетипичности профессиональной задачи
Низкий (предметный)	Действие осуществляется по правилу или алгоритму (типичная профессиональная задача) без способности выпускника аргументировать его выбор и обосновывать научные основы выполняемого действия

V. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература:

- 1) Левин О.С., Штульман Д.Р. Неврология. Справочник практического врача. МЕДпресс-информ. 2016г.-1024 с.
- 2) Топический диагноз в неврологии по Петеру Дуусу. Анатомия.

Физиология. Клиника. - под редакцией М. Бера и М. Фротшера, перевод с английского под редакцией О.С. Левина, 2016. □ 608 с.

3) Левин О.С. Основные лекарственные средства, применяемые в неврологии. Справочник. МЕДпресс-информ. 2016г.-384 с.

4) Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации [Электронный ресурс] / под ред. С.Ф. Багненко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.– 1138 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434475.html>(режим доступа: по паролю).

5) ВИЧ-инфекция и СПИД. Клинические рекомендации [Электронный ресурс] / под ред. В. В. Покровского. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 112 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439005.html>

6) Нейрометаболические заболевания у детей и подростков : диагностика и подходы к лечению [Электронный ресурс] / С. В. Михайлова, Е. Ю. Захарова, А. С. Петрухин - М. : Литтерра, 2017. –368 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502546.html>

7) Венозное русло центральной нервной системы: клиническая анатомия и нарушения венозной циркуляции [Электронный ресурс] / И.И. Каган - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. –496 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436110.html>(режим доступа: по паролю).

8) Миофасциальный болевой синдром [Электронный ресурс] : руководство / Рачин А.П., Якунин К.А., Демешко А.В - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - (Серия "Библиотека врача-специалиста") –120 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436547.html>(режим доступа: по паролю).

9) "Неврология [Электронный ресурс] : национальное руководство / Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - (Серия "Национальные руководства")." –1040 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.html>(режим доступа: по паролю).

10) Реабилитация при заболеваниях и повреждениях нервной системы [Электронный ресурс] / К.В. Котенко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). –656 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437490.html>(режим доступа: по паролю).

11) Нейрореаниматология [Электронный ресурс] : практическое руководство / В. В. Крылов [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-

Медиа, 2016. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). –176 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436059.html>(режим доступа: по паролю).

12) Неврология. Национальное руководство. Краткое издание /под ред. Е.И. Гусева, А. Н. Коновалова, А.Б. Гехт. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 688 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428900.html>(режим доступа: по паролю).

13) Клиническая философия нейрохирургии [Электронный ресурс] / Л. Б. Лихтерман, Д. Лонг, Б. Л. Лихтерман - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. –268 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434819.html>(режим доступа: по паролю).

14) Мудрые мысли о медицине и врачевании. Sententiedemedicina: изречения, афоризмы, цитаты [Электронный ресурс] / Я.С. Циммерман - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. –256 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434444.html>(режим доступа: по паролю).

15) Общая неврология [Электронный ресурс] / А. С. Никифоров, Е. И. Гусев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. –794 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433850.html>(режим доступа: по паролю).

16) Анатомия человека: атлас [Электронный ресурс] : учеб. пособие для медицинских училищ и колледже / М.Р. Сапин, З.Г. Брыксина, С.В. Чава - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. –376 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434796.html>(режим доступа: по паролю).

17) Влияние вертеброгенной компрессии позвоночной артерии на гемодинамические параметры сосудов головы и шеи [Электронный ресурс] / Р. Е. Калинин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. –168 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435335.html>(режим доступа: по паролю).

18) Клиническая электромиография для практических неврологов [Электронный ресурс] / А. Г. Санадзе, Л. Ф. Касаткина. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. –64 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434888.html>(режим доступа: по паролю).

19) Реабилитация в неврологии [Электронный ресурс] / Епифанов В.А., Епифанов А.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 416 с. (Библиотека врача-специалиста). URL:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434420.html>(режим доступа: по паролю).

20) Физиология человека: Атлас динамических схем [Электронный ресурс] : учебное пособие / К.В. Судаков, В.В. Андрианов, Ю.Е. Вагин, И.И. Киселев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. –416 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432341.html>(режим доступа: по паролю).

21) За пределами учебника анатомии человека: книга вторая [Электронный ресурс] / Л.Л. Колесников, Л.Е. Этинген - М. : Литтерра, 2015. – 136 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501730.html>(режим доступа: по паролю).

22) "Анатомия человека. Фотографический атлас. В 3 т. Том 2. Сердечно-сосудистая система. Лимфатическая система [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Э. И. Борзяк, Г. фон Хагенс, И. Н.Путалова ; под ред. Э. И. Борзяка. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015." –368 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432747.html>(режим доступа: по паролю).

23) Туннельные компрессионно-ишемические моно- и мультиневропатии [Электронный ресурс] : руководство / А. А. Скоромец, Д. Г. Герман, М. В. Ирецкая, Л. Л. Брандман. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 376 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431511.html>(режим доступа: по паролю).

24) Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. –424 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433324.html>(режим доступа: по паролю).

25) Как избежать сосудистых катастроф мозга [Электронный ресурс] : руководство для больных и здоровых / Л. С. Манвелов, А. С. Кадыков, А. В. Кадыков - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 160 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432761.html>(режим доступа: по паролю).

26) Неврологические осложнения остеохондроза позвоночника [Электронный ресурс] / А. С. Никифоров, Г. Н. Авакян, О. И. Мендель - 2-е изд. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. –272 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433331.html>(режим доступа: по паролю).

27) Афоризмы и мудрые высказывания о медицине [Электронный ресурс] / Е.Е. Ачкасов, И.А. Мискарян - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. –288 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970429297.html>(режим доступа: по паролю).

28) Черепно-мозговая травма. Диагностика и лечение [Электронный ресурс] / Лихтерман Л. Б. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. –488 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431047.html>(режим доступа: по паролю).

29) Декомпрессивнаякраниэктомия при внутричерепной гипертензии [Электронный ресурс] / Р.С. Джинджихадзе, О.Н. Древаль, В.А. Лазарев - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. –112 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970430262.html>(режим доступа: по паролю).

30) Болезнь Ниманна-Пика тип С [Электронный ресурс] / Михайлова С. В., Захарова Е. Ю. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 48 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970429969.html>(режим доступа: по паролю).

31) Реабилитация в неврологии [Электронный ресурс] / В. А. Елифанов, А. В. Елифанов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. –416 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428504.html>(режим доступа: по паролю).

32) Биомедицинская этика [Электронный ресурс] / Шамов И. А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. –286 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970429761.html>(режим доступа: по паролю).

33) Биоэтика. Этические и юридические документы, нормативные акты [Электронный ресурс] / И. А. Шамов, С. А. Абусуев - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 357 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970429754.html>(режим доступа: по паролю).

34) Медицинская лабораторная диагностика: программы и алгоритмы [Электронный ресурс] / под ред. А.И. Карпищенко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 696 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970429587.html>(режим доступа: по паролю).

35) "Рациональная фармакотерапия в неврологии [Электронный ресурс] / Г. Н. Авакян, А. Б. Гехт, А. С. Никифоров ; под общ. ред. Е. И. Гусева. - М. : Литтерра, 2014. –744 с. (Серия "Рациональная фармакотерапия")." - URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501150.html>(режим доступа: по

пароллю).

36) Хронические сосудистые заболевания головного мозга: дисциркуляторная энцефалопатия [Электронный ресурс] / А. С. Кадыков, Л. С. Манвелов, Н. В. Шахпаронова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. –272 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428528.html>(режим доступа: по паролю).

37) Ранние клинические формы сосудистых заболеваний головного мозга [Электронный ресурс] / под ред. Л. С. Манвелова, А. С. Кадыкова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. –344 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428276.html>(режим доступа: по паролю).

38) Офтальмоневрология [Электронный ресурс] / А. С. Никифоров, М. Р. Гусева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. –656 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428177.html>(режим доступа: по паролю).

39) Побочные эффекты антиэпилептической терапии / О. А.Пылаева, К. Ю.Мухин, А. С. Петрухин – Гранат, 2016. – 232 с. - [Электронный ресурс]. URL: <https://www.books-up.ru/ru/book/pobochnye-effekty-antiepilepticheskoy-terapii-4844896/> (режим доступа: по паролю).

40) Клиническая электромиография для практических неврологов / А. Г. Санадзе, Л. Ф. Касаткина. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 64 с. - [Электронный ресурс]. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434888.html> (режим доступа: по паролю).

41) Клинические рекомендации. Последствия перинатального поражения центральной нервной системы с эпилепсией. -2016. – 32 с. [Электронный ресурс]. URL: http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_epil.pdf (дата доступа: 29.03.2018).

42) Клинические рекомендации. Нарушения обмена меди (болезнь Вильсона) у детей. -2016. – 36 с. [Электронный ресурс]. URL: http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_bvil.pdf (дата доступа: 29.03.2018).

Дополнительная литература

1)Недержание мочи у женщин [Электронный ресурс] / Неймарк А.И., Раздорская М.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. –128 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423363.html>(режим доступа: по паролю).

2) Боль в спине [Электронный ресурс] / Подчуфарова Е.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 368 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970424742.html>(режим доступа: по паролю).

3) Лучевая диагностика и терапия заболеваний головы и шеи [Электронный ресурс] / Трофимова Т.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. –888 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970425695.html>(режим доступа: по паролю).

4) Анатомия человека: Атлас. Т. 3 [Электронный ресурс] / Билич Г.Л., Крыжановский В.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. –624 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423493.html>(режим доступа: по паролю).

5) Неврология [Электронный ресурс] / Петрухин А. С., Воронкова К. В., Лемешко И. Д. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. –видеопрактикум. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/06-COS-2386.html>(режим доступа: по паролю).

6) Частная неврология [Электронный ресурс] / А. С. Никифоров, Е. И. Гусев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. –768 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970426609.html>(режим доступа: по паролю).

7) Анатомия человека. В 3-х томах. Том 2 [Электронный ресурс] : Малоформатный атлас / Билич Г.Л., Крыжановский В.А., Николенко В.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. –696 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970425404.html>(режим доступа: по паролю).

8) Миастения и миастенические синдромы [Электронный ресурс] / Санадзе А.Г. - М. : Литтерра, 2012. - 256 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423500542.html>(режим доступа: по паролю).

9) Церебральный инсульт: нейровизуализация в диагностике и оценке эффективности различных методов лечения. Атлас исследований [Электронный ресурс] / Новикова Л.Б., Сайфуллина Э.И., Скоромец А.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. –152 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970421871.html>(режим доступа: по паролю).

10) "Неврология [Электронный ресурс] : национальное руководство / Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - (Серия "Национальные руководства")." –1040 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427125.html>(режим доступа: по паролю).

паролю).

11) Миофасциальный болевой синдром [Электронный ресурс] / Рачин А.П., Якунин К.А., Демешко А.В - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. –120 с7 URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970418659.html>(режим доступа: по паролю).

12) Основы клинической неврологии. Клиническая нейроанатомия, клиническая нейрофизиология, топическая диагностика заболеваний нервной системы [Электронный ресурс] / Котов С.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 672 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970418864.html>(режим доступа: по паролю).

13) Клиническая эпилептология [Электронный ресурс] / Киссин М.Я. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. –256 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970419427.html>(режим доступа: по паролю).

14) Практическая неврология: руководство для врачей [Электронный ресурс] / Под ред. А.С. Кадыкова, Л.С. Манвелова, В.В. Шведкова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. –448 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970417119.html>(режим доступа: по паролю).

15) Депрессии и неврозы [Электронный ресурс] / Бунькова К.М. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. –176 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970419755.html>(режим доступа: по паролю).

16) Электроэнцефалографический атлас эпилепсий и эпилептических синдромов у детей [Электронный ресурс] / Королева Н.В., Колесников С.И., Воробьев С.В. - М. : Литтерра, 2011. –256 с. URL:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423500474.html>(режим доступа: по паролю).

17) Черепно-мозговая травма [Электронный ресурс] / Шагинян Г.Г., Древаль О.Н., Зайцев О.С. / Под ред. О.Н. Древалю - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 288 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970416136.html>(режим доступа: по паролю).

18) Нарушения мочеиспускания [Электронный ресурс] / Гаджиева З.К. / Под ред. Ю.Г. Аляева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. –176 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970413890.html>(режим доступа: по паролю).

19) Эндоскопическая спинальная хирургия [Электронный ресурс] : руководство / Гуца А.О., Арестов С.О. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. –96 с.

URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970416990.html>(режим доступа: по паролю).

20) Справочник-путеводитель практикующего врача. 2000 болезней от А до Я [Электронный ресурс] / Под ред. И.Н. Денисова, Ю.Л. Шевченко - 2-е изд. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. –1328 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970417102.html>(режим доступа: по паролю).

21) Нормальная физиология [Электронный ресурс] : учебник / Орлов Р.С., Ноздрачев А.Д. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. –832 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970416624.html>(режим доступа: по паролю).

22) Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. –192 с. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970411414.html>(режим доступа: по паролю).

Программное обеспечение:

- Windows ОС (Windows 10 Pro)
- LibreOffice
- MS Office 2013
- 1С: Университет ПРОФ. Ред.2.2
- Консультант врача. Электронная медицинская библиотека
- КИС ЕМИАС
- МИС Медиалог
- ПО «Интеллект»
- Kaspersky Anti-Virus Suite

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Аудитория, оборудованная мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся демонстрировать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально.

Учебная аудитория, в которой есть специализированная офисная мебель:

Стол преподавателя – 1 шт.

Доска (меловая) – 1 шт.

Кафедра – 1 шт.

Посадочных мест – 20 шт.

Технические средства обучения:

Мультимедиа-проектор – 1 шт.,

Экран с электроприводом – 1 шт.,

Колонки для воспроизведения аудио - 1 шт.,

Компьютер преподавателя – 1 шт.