федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**«Симуляционный курс»**

по специальности

*31.08.42 Неврология*

*1 курс*

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования –программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре *31.08.42 Неврология*, утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018 года

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачёта.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ПК-5 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-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи

УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся**

**Модуль 1. Анатомо-физиологические и топографические особенности методики осмотра неврологического статуса.**

**Тема 1.**Анатомо-физиологические особенности в неврологии. Методика неврологического осмотра.

Формы текущего контроля успеваемости*: устный опрос, защита реферата, тестирование.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:**

1.Строение центральной и периферической нервной системы

2.Дегенерация и регенерация нейронов и нервного волокна.

3.Макроскопические структуры центральной нервной системы относительно отделов черепа и позвоночника.

4.Структурно-функциональная организация нервной системы.

5.Особенности методики неврологического осмотра. Синдромальный и топический диагнозы. Решающее диагностическое исследование.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

 **Выберите один или несколько правильных ответов**

1.Продолговатый мозг кровоснабжается

**А. Ветвями позвоночной артерии**

Б. Основной артерией

В. Передней мозговой артерией

Г. Средней мозговой артерией

Д. Задней мозговой артерией

2.Шейные сегменты спинного мозга кровоснабжаются

А. Артерией Адамкевича

Б. Основной артерией

В. Позвоночной артерией

Г. Артерией Депрош-Геттерона

**Д. Передней спинальной артерией**

1. Затылочная доля мозга кровоснабжается

А. Позвоночной артерией

Б. Основной артерией

В. Передней мозговой артерией

**Г. Задней мозговой артерией**

Д. Средней мозговой артерией

1. Мост и средний мозг кровоснабжаются

А. Позвоночной артерией

**Б. Ветвями основной и задней мозговой артерии**

В. Передней мозговой артерией

Г. Средней мозговой артерией

Д. Задней соединительной артерией

1. Поясничное утолщение кровоснабжается

А. Межреберными артериями

Б. Артерией Адамкевича

**В. Артерией Депрош-Геттерона**

Г. Позвоночной артерией

Д. Почечной артерией

1. Черная субстанция мозга расположена в

А. Подкорковой области

Б. Медио-базальных отделах височной доли

**В. Среднем мозге**

Г. Варолиевом мосту

Д. Продолговатом мозге

1. К клеткам передних рогов спинного мозга не относятся

А. Альфа-большие мотонейроны

Б. Альфа-малые мотонейроны

**В. Клетки Беца**

Г. Гамма-один мотонейроны

Д. Гамма-два мотонейроны

1. Ретикулярная формация располагается

А. В подкорковой области

Б. В медио-базальных отделах височной доли

**В. В покрышке мозгового ствола**

Г. В основании моста

Д. В основании среднего мозга

1. К лимбической системе мозга относится

А. Красное ядро

**Б. Миндалевидное ядро**

В. Зубчатое ядро

Г. Зрительный бугор

Д. Бугры четверохолмия

10. Между нейронами и кровью в головном и спинном мозге существует барьер, он называется:
а) гематонейронный
**б) гематоэнцефалический**в) оба варианта верны

12. Копчиковый отдел спинного мозга включает:
а) 4 сегмента
б) 8 сегментов
**в) 3 сегмента**

13. Нервная трубка формируется на:
а) 1 неделе внутриутробного развития
**б) 4 неделе внутриутробного развития**
в) 3 неделе внутриутробного развития

14. Гипофизом называется:
а) медиатор
б) железа внешней секреции
**в) железа внутренней секреции**

16.Миелин в центральной нервной системе вырабатывают

а) астроциты

**б) олигодендроглиоциты**

в) микроглиоциты

г) эпендимоциты

17. Миелинизация волокон пирамидной системы начинается

а) на третьем месяце внутриутробного развития

б) в конце первого года жизни

в) в начале второго года жизни

**г) на последнем месяце внутриутробного развития**

18.Структурной единицей нервной системы является

А. Аксон и дендрит

Б. Аксон

**В. Нейрон**

Г. Дендрит

Д. Нейроглиальная клетка

19. В передних рогах спинного мозга располагаются

**А. Двигательные клетки**

Б. Двигательные и чувствительные клетки

В. Чувствительные клетки

Г. Симпатические клетки

Д. Парасимпатические клетки

**Тема 2. Топическая диагностика. Особенности обследования неврологического статуса.**

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационные задачи, проверка практических навыков и умений.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости***:*

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:**

1.Синдромы поражения ствола мозга

2.Синдромы поражения продолговатого мозга

3.Синдромы поражения моста. Синдромы поражения среднего мозга.

4.Синдромы поражения мозжечка. Поражение полушарий. Поражение червя

5.Синдромы поражения гипоталамуса и гипоталамо-гипофизарной системы

 6.Нейроэндокринно-обменные синдромы.

 7.Синдромы поражения эпиталамуса и эпифиза

8.Синдромы поражения базальных ганглиев

9.Акинетико-ригидный синдром (паркинсонизм)

10.Экстрапирамидные гиперкинезы (тремор, дистония, атетоз, хорея, баллизм, миоклония, тики, акатизия)

11.Синдромы поражения внутренней капсулы ( переднего бедра, колена, заднего бедра)

12.Синдромы поражения больших полушарий (лобной доли, височной доли, теменной доли, затылочной доли)

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

 **Выберите один или несколько правильных ответов**

1. Центральный паралич возникает при поражении

А. Серого вещества спинного мозга

Б. Передних канатиков

**В. Боковых канатиков**

Г. Задних канатиков

Д. Передней серой спайки

2. Для поражения червя мозжечка характерна

А. Астазия-абазия

**Б. Туловищная атаксия**

В. Динамическая атаксия

Г. Вестибулярная атаксия

Д. Сенситивная атаксия

3. Астереогноз возникает при поражении

А. Постцентральной извилины

Б. Прецентральной извилины

**В. Верхней теменной дольки**

Г. Нижней теменной дольки

Д. Поля № 40

4. Признаком центрального паралича не является

А. Мышечная гипертония

**Б. Гиперрефлексия**

В. Мышечная атрофия

Г. Патологические рефлексы

Д. Клонусы стоп и коленных чашечек

5. Признаком периферического паралича не является

А. Мышечная атония

Б. Мышечная атрофия

В. Арефлексия

Г Фибриллярные и фасцикулярные подергивания

**Д. Патологические рефлексы**

6. Защитные рефлексы характерны для поражения

А. Прецентральной извилины

Б. Подкорковых узлов

В. Ствола мозга

Г. Мозжечка и его связей

**Д. Спинного мозга**

7. Поражение афферентных путей спинного мозга вызывает

А. Нарушения чувствительности по сегментарному типу

Б. Двигательные нарушения

**В. Проводниковый тип чувствительных расстройств**

Г. Полиневритический тип нарушений чувствительности

Д. Моно- или гемианестезию на противоположной стороне

8. Поражение постцентральной извилины вызывает

А. Нарушения чувствительности по сегментарному типу

Б. Двигательные нарушения

В. Проводниковый тип чувствительных расстройств

Г. Полиневритический тип нарушений чувствительности

**Д. Моно- или гемианестезию на противоположной стороне**

9. Какой из перечисленных симптомов не относится к болевым

А. Симптом Ласега

Б. Симптом Вассермана

В. Симптом Нери

**Г. Симптом Бабинского**

Д. Симптом Дежерина

10. При наличии недиссоциированной гемианестезии и гемигиперпатии патологический очаг локализуется в

А. Спинном мозге

Б. Медиальной петле

В. Внутренней капсуле

**Г. Зрительном бугре**

Д. Постцентральной извилине

11. Нарушение функций тазовых органов по периферическому типу характери­зуется:

А. Периодическим недержанием мочи

**Б. Истинным недержанием мочи**

В. Задержкой мочеиспускания

Г. Увеличением дневного диуреза

Д. Императивными позывами на мочеиспускание

12. Нарушение функций тазовых органов по центральному типу характеризу­ется:

**А. Периодическим недержанием мочи**

Б. Истинным недержанием мочи

В. Задержкой мочеиспускания

Г. Увеличением дневного диуреза

Д. Императивными позывами на мочеиспускание

**ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:**

***Уважаемый ординатор!***

Предложенные для Вашего изучения ситуационные задачи позволят Вам проанализировать действия врача в различных ситуациях.

***Рекомендации по изучению:***

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.
2. Подумайте и дайте свой ответ.
3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.
4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы, поступили в данной ситуации.

**Задача1.**После ножевого ранения позвоночной области отмечаются спастический паралич правой ноги, аналгезия слева книзу от пупка, нарушение мышечно-суставного чувства в правой нижней конечности. Отсутствуют нижние и средние брюшные рефлексы справа. Где находится очаг поражения? Как называется этот синдром?

**Задача2.**Приступообразное чувство онемения и «ползания мурашек» в области левой стопы, распространяющееся затем на левую голень, бедро, всю половину тела и сопровождающееся судорогами левых, а затем и правых конечностей. Где находится основной очаг поражения? Как называются возникающие в начале припадка нарушения чувствительности?

**Задача3.**Периферический паралич обеих рук; фибриллярные и фасцикулярные подергивания мышц плечевого пояса; движения ног не нарушены.

Где локализуется очаг поражения?

**Задача4.**Периферический паралич правой руки с фибриллярными и фасцикулярными подергиваниями мышц, центральный паралич правой ноги. Отсутствие брюшных рефлексов справа, чувствительность не нарушена. Какие структуры поражены?

**Задача 5.** У больного снижена сила левых конечностей, отмечается атрофия дельтовидной и двуглавой мышц, отсутствует биципитальный рефлекс слева. Повышены триципитальный, карпорадиальный, коленный и ахиллов рефлексы, снижены кожные брюшные рефлексы слева. Патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма вызываются слева. Определите очаг поражения.

**Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:**

***Рекомендации по изучению методик проведения расспроса***

Уважаемый врач-ординатор ознакомьтесь с перечнем практических заданий для проверки сформированных умений и навыков!

1. У больного отмечается жгучая боль в ладони правой кисти, особенно в I—III пальцах, усиливающаяся при сгибании и разгибании кисти, подъеме рук вверх, а также цианоз, потливость, отечность и гипестезия в дистальных отделах I—III пальцев, боль при давлении и перкуссии ладонной поверхности лучезапястного сустава. Что поражено у больного? Как называется этот синдром? Описание неврологического статуса.

2. После ранения передней области левого предплечья у больного наблюдается мучительная жгучая боль в руке, иррадиирующая в надплечье и шею. Отмечаются также гипестезия с гиперпатией в области I—III пальцев левой руки по ладонной поверхности и в области тенара (возвышения большого пальца), гиперемий, потливость, повышение температуры (наощупь), истончение кожи в области левой кисти, ломкость ногтей. Боль усиливается при резких звуках, сотрясении тела и уменьшается при охлаждении, особенно водой. Как называется указанный синдром? Какое образование нервной системы поражено? Описание неврологического статуса.

3. Приступы боли в надчревной области, иррадии-рующие влево и вправо вверх, иногда в спину, и сопровождающиеся усилением перистальтики кишок, сердцебиением, чувством страха, повышением, а иногда снижением артериального давления, бледностью или гиперемией кожи, усиленной потливостью, чувством нехватки воздуха. Вне приступов отмечаются лабильный пульс, нервозность, болезненность при пальпации под мечевидным отростком грудины и в верхней трети надчревья по средней линии. Органические заболевания внутренних органов исключены в результате тщательного обследования больного. О каком синдроме можно думать в данном случае? Описание неврологического статуса.

 4.У больного справа отмечаются сужение глазной щели и зрачка, энофтальм и деколорация радужки глазного яблока, повышение температуры и гиперемия кожи руки и половины лица. Давление в плечевой артерии справа—13,3/8 кПа (100/60 мм рт. ст.), слева— 17,3/10 кПа (130/75 мм рт, ст.), в височных артериях справа—6 кПа (45 мм рт. ст.), слева—8,7 кПа (65 мм рт. ст.). Болезненна пальпация правых сонной, поверхностной височной и плечевой артерий, передней поверхности поперечных отростков шейных позвонков справа. О поражении, каких образований следует думать? Описание неврологического статуса.

**Тема 3. Методика обследования патологии движения и чувствительности**

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков и умений.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:**

1.Симптомы поражения центрального двигательного нейрона. Пирамидный синдром. Признаки центрального паралича: гиперрефлексия, патологические и защитные рефлексы, клонусы, патологические синкинезии, спастическая гипертония мышц.

2. Симптомокомплекс поражения корково-мышечного пути на различных уровнях: поражение коры больших полушарий, поражение по ходу пирамидного тракта от коры до внутренней капсулы (семиовальный центр), капсулярное поражение, поражение на уровне мозгового ствола (ножка мозга, мост, продолговатый мозг).

3. Поражение кортико-спинального пути в спинном мозге (боковой канатик, шейный, грудной, поясничный отделы).

4. Симптомы периферического паралича. Симптомы поражения сплетений, переднего корешка, переднего рога, двигательных ядер и самих черепных нервов.

5. Виды расстройств чувствительности: тактильная, температурная, болевая, вибационная, суставно-мышечное.

6. Периферический тип расстройства чувствительности: невральный, корешковый, полинейропатический.

7. Проводниковый и сегментарный типы расстройств чувствительности.

8. Церебральный тип расстройства чувствительности.

9.Сенситивная атаксия.

10.Методы и шкалы оценки боли.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

*Выберите один правильный ответ*

1. Кортико-спинальный путь проходит отделы внутренней капсулы:
1**) передние 2/3 заднего бедра внутренней капсулы**
2) задняя 1/3 заднего бедра внутренней капсулы
3) переднее бедро внутренней капсулы
4) колено внутренней капсулы
5) задняя 1/3 переднего бедра внутренней капсулы

2. Пирамидный путь в спинном мозге после перекреста проходит:
**1) боковые столбы спинного мозга**2) передние столбы спинного мозга
3) задние столбы спинного мозга
4) передние рога спинного мозга
5) задние рога спинного мозга

3. Центральный паралич возникает при поражении

1) Серого вещества спинного мозга

2) Передних канатиков

**3) Боковых канатиков**

4) Задних канатиков

5) Передней серой спайки

4. Признаком центрального паралича не является

1) Мышечная гипертония

2) Гиперрефлексия

**3) Мышечная атрофия**

4) Патологические рефлексы

5) Клонусы стоп и коленных чашечек

5. Признаком периферического паралича не является

1) Мышечная атония

2) Мышечная атрофия

3) Арефлексия

4) Фибриллярные и фасцикулярные подергивания

**5) Патологические рефлексы**

6.Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне Т10 дерматома, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента

а) Т6 или Т7

**б) Т8 или Т9**

в) Т9 или Т10

г) Т10 или Т11

7.Волокна болевой и температурной чувствительности (латеральная петля) присоединяются к волокнам глубокой и тактильной чувствительности (медиальная петля)

а) в продолговатом мозге

**б) в мосту мозга**

в) в ножках мозга

г) в зрительном бугре

8.Половинное поражение поперечника спинного мозга (синдром Броун - Секара) характеризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании

а) с нарушением всех видов чувствительности - на противоположной

б) с нарушением болевой и температурной чувствительности

на стороне очага

**в) с нарушением глубокой чувствительности на стороне очага**

**и болевой и температурной чувствительности - на противоположной**

г) с нарушением всех видов чувствительности на стороне очага

9.Виды глубокой чувствительности:

а) суставно-мышечное чувство и вибрационная чувствительность

б) болевая чувствительность и температурная чувствительность

**в) верно а**

г) верно б

10.К поверхностным видам чувствительности относятся все кроме:

а) тактильная

б) чувство локализации

в) температурная

г) болевая

**д) вибрационная**

е) двумернопространственная

11.Сегментарно-диссоциированный тип расстройств чувствительности возникает при поражении:

а) задних канатиков спинного мозга

**б) задних рогов спинного мозга и передняя спайка**

в) боковых канатиков спинного мозга

12.Истинный (первичный) астереогноз возникает при поражении :

а) задних рогов спинного мозга

б) задних канатиков спинного мозга

в) зрительного бугра

**г) левой надкраевой извилины (у правшей)**

д) лобной доли

13.У больного имеется нарушение всех видов чувствительности на правой половине лица, тела, руке и ноге. Где вероятнее всего на­ходится очаг поражения :

**а) в задней центральной извилине коры слева**

б) на уровне теменной доли слева

в) на уровне спинного мозга слева

14.Ощущение  боли вследствие воздействия раздражителей, обычно её не вызывающих – это :

а) гиперпатия

б) гиперестезия

в) парестезии

**г) аллодиния**

д) гипералгезия

15.Проводниковый тип расстройств чувствительности возникает при поражении:

**а) задних канатиков спинного мозга**

б) задних рогов спинного мозга

в) боковых рогов спинного мозга

г) таламуса

д) внутренней капсулы

16.Первый нейрон пути поверхностной чувствительности расположен в:

а) коже

**б) межпозвонковом ганглии**

в) заднем роге спинного мозга

г) зрительном бугре

д) постцентральной извилине

17.Нарушение чувствительности по типу «перчаток» и «носок» возникает при поражении :

**а) периферических нервов**

б) задних корешков спинного мозга

в) задних рогов спинного мозга

г) передней серой спайки

д) задних канатиков спинного мозга

18.Гемигипестезия возникает при поражении:

**а) внутренней капсулы**

б) передней серой спайки

в) продолговатый мозг

г) задних канатиков спинного мозга

**ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:**

***Уважаемый ординатор!***

Предложенные для Вашего изучения ситуационные задачи позволят Вам проанализировать врача в различных ситуациях.

***Рекомендации по изучению:***

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.
2. Подумайте и дайте свой ответ.
3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.
4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы поступили в данной ситуации.

1.У больного отсутствуют активные движения в ногах. Тонус мышц высокий. Коленные и ахилловы рефлексы повышены, клонус надколенников и стоп. Вызываются патологические рефлексы Бабинского и Россолимо с обеих сторон. Утрачены все виды чувствительности книзу от паховых складок (по проводниковому типу). Отмечена задержка мочи и стула. Определить локализацию патологического процесса и характер паралича.

2.У больного резко выраженная слабость ног, тонус разгибателей голеней повышен. Коленные и ахилловы рефлексы высокие, клонус надколенников и стоп. Средние и нижние кожные брюшные рефлексы отсутствуют. Вызываются патологические рефлексы группы Бабинского с обеих сторон. Утрачена болевая и температурная чувствительность с уровня пупка книзу с обеих сторон. Отмечена задержка мочи и стула, Определить локализацию поражения. На уровне каких сегментов спинного мозга замыкаются дуги брюшных кожных рефлексов?

3.У пациента боль в поясничной области, иррадиирующая по задней поверхности бедра и голени. Сколиоз в поясничном отделе позвоночного столба выпуклостью вправо. Сгибание, разгибание туловища и наклоны в правую сторону болезненны. При надавливании на паравертебральную точку между IV и V поясничными позвонками справа возникает боль с иррадиацией по задней поверхности бедра и голени. Положительны симптомы Ласега, Пери и Дежерина справа. Отмечаются гипестезия в области задненаружной поверхности правой голени, парез разгибателей большого пальца стопы, утрачен правый ахиллов рефлекс. Какие структуры нервной системы поражены?

**Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:**

***Рекомендации по изучению алгоритмов***

Уважаемый врач-ординатор!

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.
2. Подумайте и дайте свой ответ.
3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.
4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы поступили в данной ситуации.

1. 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.

1.Неврологические синдромы?

2. Предполагаемое место поражения?

3. Предварительный клинический диагноз?

4.Как объяснить ухудшение состояния больной?

5.Наиболее информативное дополнительное исследование?

6. Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?

2. 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.

1.Неврологический синдром?

2.Предварительный клинический диагноз?

3.Дополнительные исследования?

4. Лечение, если диагноз подтвердится?

3. 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.

1. Неврологические синдромы?

2.Предполагаемое место поражения?

3. Предварительный клинический диагноз?

4.Наиболее информативное дополнительное исследование?

5. Лечение, если диагноз подтвердится?

4.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.

1.Неврологические синдромы?

2.Топический диагноз?

3.Предварительный клинический диагноз?

4.Как расценить ухудшение состояния больного?

5.Дополнительные обследования и их предполагаемые результаты?

6.Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?

**Тема 4. Методика обследования экстрапирамидной системы.**

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков и умений.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:**

1.Расстройства движений: гипокинезия (олиго- и брадикинезия).

2.Акинетико-ригидный синдром и гипотонико-гиперкинетический. Синдромы паркинсонизма.

3.Гиперкинезы. Дрожание, тики миоклонии, хореический гиперкинез, атетоз, гемибаллизм, тосионная дистония.

4.Строение коры головного мозга. Локализация функций в коре. Доли мозга и симптомы их поражения.

5.Расстройства высших корковых функций.

6.Расстройства речи. Импрессивная и экспрессивная речь. Афазии: афферентные, эфферентные (моторная, сенсорная, семантическая, тотальная). Алалия. Дизартрия. Алексия. Аграфия, Мутизм.

7.Гнозис и его расстройства. Агнозии (зрительная, слуховая, сенситивная, анозогнозия, обонятельная, вкусовая).

8.Праксис и его расстройства. Апраксия (идеаторная, конструктивная, моторная, кинестетическая).

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

*Выберите один правильный ответ*

1. В клинические проявления паркинсонизма не входит

1) Повышение тонуса по типу ригидности

2) Олигобрадикинезия

3) Гипомимия

4) Тремор типа "счета монет"

**5) Нарушения чувствительности**

2. К этиологическим факторам развития паркинсонизма не относится

1) Тяжелая черепно-мозговая травма

2) Наследственная предрасположенность

3) Эпидемический энцефалит Экономо

**4) Клещевой энцефалит**

5) Прием препаратов группы аминазина

3. Малая хорея развивается в результате

1) Наследственной дегенерации хвостатого ядра

2) Посттравматической дегенерации черной субстанции

**3) Ревматизма**

4) Подострого септического эндокардита

5) Токсоплазмоза

4.Быстрыми гиперкинезами не сопровождается

А. Синдром Жиля Де Ла Туретта

Б. Миоклонус-эпилепсия

В. Кожевниковская эпилепсия

Г. Хорея Гентинггона

**Д. Торзионная дистония**

5. Ребенок родителей с болезнью Гентингтона, жалующийся на скованность и брадикинезию в подростковом возрасте, страдает

**1) Ранним проявлением болезни Гентингтона**

2) Болезнью Паркинсона

3) Постэнцефалитным паркинсонизмом

4) Лекарственным паркинсонизмом

5) Болезнью Вильсона-Коновалова

6. На компьютерной томограмме при болезни Гентингтона атрофические участки в мозге чаще всего обнаруживаются в

1) Мозжечке

2) Субталамических ядрах

3) Подушке зрительного бугра

**4) Хвостатом ядре**

5) Черной субстанции

7. Симптомы хореи Гентингтона обычно проявляются

1) До полового созревания

2) В период полового созревания

3) В подростковом возрасте

4) На третьем десятилетии жизни

**5) На четвертом и пятом десятилетии жизни**

8. Паркинсонизм преходящего характера вызывают многие лекарственные средства. Назовите препарат, вызывающий необратимый паркинсонизм

**1) 1-метил, 4-фенил, 1,2,3,6-тетрагидропиридин (МФТП)**

2) Тиоридазин

3) Лизергиновая кислота (ЛСД)

4) Гапоперидол

5) Резерпин

9. Хотя в основе болезни Паркинсона лежит дефицит дофамина, больным назначают не дофамин, а леводофа (Л-ДОФА), потому что

1) Л-ДОФА реже, чем дофамин, вызывает тошноту и рвоту

2) Дофамин быстро превращается в желудочно-кишечном

тракте в неэффективное соединение

3) Л-ДОФА лучше всасывается, чем дофамин

**4) Дофамин не проникает через гемато-знцефапический барьер**

5) Л-ДОФА действует на дофаминовые рецепторы сильней, чем дофамин

10. Постэнцефалитный паркинсонизм чаще всего вызывают вирусы

1) Кори

**2) Гриппа**

3) Свинки

4) Краснухи

5) Простого герпеса

11. Общение с больными паркинсонизмом может быть затруднено из-за нарушений речи по типу

1) Сенсорной афазии

2) Моторной афазии

**3) Затухания речи**

4) Эхолалии

5) Дизартрии

12. При паркинсонизме нарушения движений нижеследующие, кроме

1) Феномен "зубчатого колеса"

**2) Гемибаллизм**

3) Ретропульсии

4) Маскообразное лицо

5) Шаркающая походка

13. После нескольких лет успешного лечения у больного паркинсонизмом внезапно остро появилась брадикинезия и скованность. Приступ прошел так же внезапно, как и начался. По-видимому, у больного

1) Острая дистония

2) Приступ абсанса

**3) Феномен отдачи ("включение-выключение")**

4) Фокальные судороги

5) Отравление лекарствами

14. Гемибаллизм возникает при поражении

1) Черной субстанции

**2) Люисова тела**

3) Хвостатого ядра

4) Полосатого тела

5) Красного ядра

15. При поражении правого полушария головного мозга у правшей возникают корковые речевые расстройства:

1.Афазии

2.Алексии

**3.Не возникают**

16. У больных с сенсорной афазией нарушено:

**1.Понимание речи**

2.Слух

3.Воспроизведение речи

17. У больного с амнестической афазией нарушена способность:

1.Описать свойства и назначение предмета

**2.Дать название предмета**

3.Определить предмет при ощупывании

18. У больного с апраксией нарушены целенаправленные действия по причине:

1.Пареза

**2.Нарушения последовательности и схемы действия**

3.Нарушения скорости и плавности действия

19. При поражении левой лобной доли возникает афазия:

**1.Моторная**

2.Сенсорная

3.Амнестическая

20. При поражении корковых речевых центров возникает:

1.Афония

2.Анартрия

**3.Афазия**

21. При поражении левой угловой извилины возникает:

1.Аграфия

**2.Алексия**

3.Афазия

22. При поражении левой надкраевой извилины возникает:

**1.Апраксия**

2.Аграфия

3.Афазия

23. Зрительная агнозия наблюдается при поражении:

1.Зрительного нерва

**2.Затылочной доли**

3.Зрительной лучистости

24. Слуховая агнозия наблюдается при поражении:

1.Слухового нерва

**2.Височных долей**

3.Корковой зоны Вернике

Выберите все правильные ответы:

25. При поражении левой височной доли возникает:

1.Моторная афазия

**2.Сенсорная афазия**

**3.Амнестическая афазия**

26. При поражении теменной коры правого полушария мозга возникает:

**1.Анозогнозия**

**2.Псевдомелия**

3.Афазия

4.Алексия

**5.Аутотопагнозия**

**ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:**

***Уважаемый ординатор!***

Предложенные для Вашего изучения ситуационные задачи позволят Вам проанализировать врача в различных ситуациях.

***Рекомендации по изучению:***

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.
2. Подумайте и дайте свой ответ.
3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.
4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы поступили в данной ситуации.
6. Больного при ходьбе шатает вправо, во время еды дрожит правая рука, изменился почерк. При осмотре: в правых конечностях снижен мышечный тонус, адиадохокинез и гиперметрия в правой кисти, интенционное дрожание при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной пробы.

а) как называется синдром?

б) где очаг поражения?

1. Больного при ходьбе шатает вправо, во время еды дрожит правая рука, изменился почерк. При осмотре: в правых конечностях снижен мышечный тонус,адиадохокинез и гиперметрия в правой кисти, интенционное дрожание при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной пробы.

а) как называется синдром?

б) где очаг поражения?

1. Больного в течение 5 лет беспокоят эпилептические припадки, которым предшествует ощущение неприятного запаха. При осмотре выявлена квадрантная гемианопсия слева, легкая атаксия при ходьбе, обонятельная агнозия. На глазном дне — застойные диски зрительных нервов. О каком патологическом процессе приходится думать? План обследования, лечения.
2. Больного в течение года периодически беспокоят утренние головные боли, постепенно усиливающиеся. Появилась аграфия и алексия. При осмотре выявлено нарушение схемы тела, расстройство ориентировки в пространстве, потеря возможности отличать правое от левого, агнозия пальцев. На рентгенограмме черепа — «пальцевые» вдавления, остеопороз спинки турецкого седла. Какие дополнительные методы обследования необходимы? Предположительный диагноз.
3. Год назад у больного впервые в жизни появился судорожный припадок, начавшийся с подергивания мышц левой ноги, затем судороги распространились на всю левую половину тела. Через месяц подобный приступ повторился. Постепенно стала нарастать слабость в левой ноге. На момент осмотра: черепные нервы без патологии. Парез левой ноги, мышечный тонус и сухожильные рефлексы повышены на левой нижней конечности. Там же положительные патологические стопные знаки (с. Бабинского, Оппенгейма и т. д.). Ваш предварительный диагноз. Какое обследование необходимо для уточнения диагноза?
4. Больной предъявляет жалобы на слабость в правых конечностях, больше в ноге. Считает себя больным около 2-х лет, когда обратил внимание на периодически возникающие неприятные ощущения в правой ноге, по типу «мурашек». В дальнейшем подобные приступы стали повторяться, появилось снижение болевой чувствительности на правой половине тела, наросла мышечная слабость. При осмотре: черепные нервы без патологии, несколько снижена сила в правых конечностях. Сухожильные рефлексы справа высокие. Патологические стопные рефлексы справа. Правосторонняя гемигипестезия. На рентгенограмме черепа — усилен сосудистый рисунок, «пальцевые» вдавления. О какой локализации патологического процесса приходится думать? Предположительный диагноз. План обследования.
5. Внезапно, на работе, днем больной на короткое время потерял сознание. При обследовании врачом неотложной помощи установлено: больной не говорит, но обращенную к нему речь понимает и выполняет простые задания (закрыть глаза, показать зубы, высунуть язык и др.), правой рукой и ногой двигать не может. Носогубная складка справа сглажена, язык при высовывании отклоняется вправо, глубокие рефлексы справа выше, чем слева, справа симптом Бабинского, небольшое снижение всех видов чувствительности справа. Каков наиболее вероятный характер патологического процесса и какие нужны дополнительные данные для уточнения диагноза? Какова локализация патологического очага?

**Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:**

***Рекомендации по изучению алгоритмов***

1. Уважаемый врач-ординатор! Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.
2. Подумайте и дайте свой ответ.
3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.
4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы поступили в данной ситуации.
6. Больного при ходьбе шатает вправо, во время еды дрожит правая рука, изменился почерк. При осмотре: в правых конечностях снижен мышечный тонус, адиадохокинез и гиперметрия в правой кисти, интенционное дрожание при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной пробы. Описание неврологического статуса.
7. Больного при ходьбе шатает вправо, во время еды дрожит правая рука, изменился почерк. При осмотре: в правых конечностях снижен мышечный тонус,адиадохокинез и гиперметрия в правой кисти, интенционное дрожание при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной пробы. Описание неврологического статуса.
8. Больного в течение 5 лет беспокоят эпилептические припадки, которым предшествует ощущение неприятного запаха. При осмотре выявлена квадрантная гемианопсия слева, легкая атаксия при ходьбе, обонятельная агнозия. На глазном дне — застойные диски зрительных нервов. О каком патологическом процессе приходится думать? План обследования, лечения. Описание неврологического статуса. Описание неврологического статуса.
9. Больного в течение года периодически беспокоят утренние головные боли, постепенно усиливающиеся. Появилась аграфия и алексия. При осмотре выявлено нарушение схемы тела, расстройство ориентировки в пространстве, потеря возможности отличать правое от левого, агнозия пальцев. На рентгенограмме черепа — «пальцевые» вдавления, остеопороз спинки турецкого седла. Какие дополнительные методы обследования необходимы? Предположительный диагноз. Описание неврологического статуса.
10. Год назад у больного впервые в жизни появился судорожный припадок, начавшийся с подергивания мышц левой ноги, затем судороги распространились на всю левую половину тела. Через месяц подобный приступ повторился. Постепенно стала нарастать слабость в левой ноге. На момент осмотра: черепные нервы без патологии. Парез левой ноги, мышечный тонус и сухожильные рефлексы повышены на левой нижней конечности. Там же положительные патологические стопные знаки (с. Бабинского, Оппенгейма и т. д.). Ваш предварительный диагноз. Какое обследование необходимо для уточнения диагноза? Описание неврологического статуса.
11. Больной предъявляет жалобы на слабость в правых конечностях, больше в ноге. Считает себя больным около 2-х лет, когда обратил внимание на периодически возникающие неприятные ощущения в правой ноге, по типу «мурашек». В дальнейшем подобные приступы стали повторяться, появилось снижение болевой чувствительности на правой половине тела, наросла мышечная слабость. При осмотре: черепные нервы без патологии, несколько снижена сила в правых конечностях. Сухожильные рефлексы справа высокие. Патологические стопные рефлексы справа. Правосторонняя гемигипестезия. На рентгенограмме черепа — усилен сосудистый рисунок, «пальцевые» вдавления. О какой локализации патологического процесса приходится думать? Предположительный диагноз. План обследования. Описание неврологического статуса.
12. Внезапно, на работе, днем больной на короткое время потерял сознание. При обследовании врачом неотложной помощи установлено: больной не говорит, но обращенную к нему речь понимает и выполняет простые задания (закрыть глаза, показать зубы, высунуть язык и др.), правой рукой и ногой двигать не может. Носогубная складка справа сглажена, язык при высовывании отклоняется вправо, глубокие рефлексы справа выше, чем слева, справа симптом Бабинского, небольшое снижение всех видов чувствительности справа. Каков наиболее вероятный характер патологического процесса и какие нужны дополнительные данные для уточнения диагноза? Какова локализация патологического очага? Описание неврологического статуса.

**Тема 5.Методика обследования черепно-мозговых нервов**

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков и умений.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:**

1.Лицевой нерв и промежуточный нерв. Строение и функции, симптомы поражения. Периферический паралич мимической мускулатуры. Феномен Белла. Надбровный и корнеальные рефлексы. Слезотечение и сухость глаза. Нарушение вкуса, гиперакузия.

2.Вестибуло-кохлеарный нерв. Строение и функции, симптомы поражения. Кондуктивная и невральная глухота. Виды нистагма, вестибулярное головокружение, вестибулярная атаксия.

3. Каудальная группа нервов. Языкоглоточный нерв, строение и функции, симптомы поражения; блуждающий нерв - функции, симптомы поражения; добавочный нерв –строение и функции, симптомы поражения; подъязычный нерв – строение и функции, симптомы поражения.

4.Нарушения движения глазных яблок, птоз, сходящееся и расходящееся косоглазие, расстройства конвергенции, паралич аккомодации, прямая и содружественная реакция зрачков на свет, миоз, мидриаз, экзофтальм, виды анизокории.

5.Синдром Горнера, Аргайла Робертсона, Эйди. Полная и частичная наружная и внутренняя офтальмоплегия.

6. Система заднего продольного пучка. Содружественные движения глаз. Нарушения взора.

7. Черепные нервы мосто-мозжечкового угла. Синдромы поражения.

8.Тройничный нерв. Строение, функции, симптомы поражения нерва, ядра, проводников, невропатия и невралгия тройничного нерва.

9.Синдром Брунса. Синдром дислокации и ущемления ствола мозга в области отверстия мозжечкового намета и большого затылочного отверстия.

10.Синдром центральных апноэ. Другие синдромы дыхательных расстройств у больных в коме.

11.Синдромы сочетанного поражения черепных нервов.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

*Выберите один правильный ответ*

1. Если у больного справа птоз, мидриаз, расходящееся косоглазие, а слева центральный гемипарез (альтернирующий синдром Вебера), то очаг поражения находится:

а) в ножке мозга слева

б) в ножке мозга справа

в) воролиев мост справа

г) в зрительном бугре слева

д) продолговатый мозг слева

е) во внутренней капсуле справа

1. Если у больного появляется двоение в глазах при ходьбе по лестнице и взгляде вниз под ноги, то поражен черепной нерв:

а) глазодвигательный

б) отводящий

в) блоковидный

г) лицевой,

д) блуждающий

е)подъязычный

1. Если у больного в области лба слева выпали все виды чувствительности, птоз, мидриаз, нет реакции на свет слева, неподвижен левый глаз, то поражены:

а) ножка мозга

б) воролиев мост

в) четверохолмие,

г) верхняя глазничная щель слева

д) продолговатый мозг слева

е)внутренняя капсула справа

1. У больного имеется вертикальное косоглазие, паралич взора вверх, вялость зрачковых реакций, двухсторонний легкий птоз. У больного поражено:

а) четверохолмие

б) ножка мозга

в) воролиев мост

г) хиазма

д) верхняя глазничная щель

е)дно ромбовидной ямки на уровне моста

1. Если у больного выпала поверхностная чувствительность в области носа, губ, век, а в направлении к уху, она сохранена то поражено:

а) нижний участок задней центральной извилины

б) задние отделы заднего бедра внутренней капсулы

в) верхние отделы спинального ядра тройничного нерва

г) нижние отделы спинального ядра тройничного нерва

д) первая ветвь тройничного нерва

е)вторая ветвь тройничного нерва

1. Если у больного двоение, усиливающееся при взгляде влево и сходящееся косоглазие, то поражен черепной нерв:

а) правый глазодвигательный

б) левый отводящий,

в) правый отводящий

г) правый лицевой

д) левый глазодвигательный

е)левый тройничный

1. При поражении корешка тройничного нерва не наблюдается:

а) при открывании рта челюсть отклоняется в сторону

б) выпадение вкусовой чувствительности на языке

в) выпадение всех видов чувствительности на лице

г) выпадение корнеального и коньюктивального рефлексов

1. В воролиевом мосту не располагается ядро:

а) лицевого нерва

б) отводящего нерва

в) тройничного нерва

г) глазодвигательного нерва

д)вестибулокохлеарного нерва (8-мая пара)

1. При поражении отводящего нерва возникает:

а) сходящееся косоглазие

б) расходящееся косоглазие

в) мидриаз

г) двоение при взгляде в сторону пораженного нерва

д)диплопия при взгляде прямо

1. Для синдрома Аргайль-Робертсона характерно:

а) сохранность зрачка на свет

б) сохранность реакции зрачка на аккомодацию и конвергенцию

в) отсутствие реакции зрачка на свет

г) отсутствие реакции зрачка на аккомодацию и конвергенцию

д)сходящееся косоглазие

1. Острая двухсторонняя офтальмоплегия при нижеперечисленном, кроме:

а) туберкулезном менингите

б) рассеянном склерозе

в) токсическом геморрагическом энцефалите Вернике

г) предчетверохолмном инфаркте

д)аневризмы задней соединительной артерии

1. При поражении блоковидного нерва возникает:

а) сходящееся косоглазие

б) диплопия при взгляде прямо

в) диплопия при взгляде вниз

г) диплопия при взгляде вверх

1. Если у больного выпали все виды чувствительности в области нижнего века, боковой поверхности лица и верхней губе, то поражено:

а) вторая ветвь тройничного нерва

б) средние отделы спинального ядра тройничного нерва

в) лицевой нерв

г) первая ветвь тройничного нерва

14. Альтернирующий синдром Фовилля характеризуется одновременным вовлечением в патологический процесс нервов

 1) лицевого и отводящего

 2) лицевого и глазодвигательного

 3) языкоглоточного нерва и блуждающего

 4) подъязычного и добавочного

15.Для синдрома яремного отверстия не характерно поражение нерва

 1) языкоглоточного

 2) блуждающего

 3) добавочного

 4) подъязычного

 16. Для нижнего синдрома красного ядра (синдром Клода) не является характерным наличие

 1) паралича глазодвигательного нерва на стороне очага

 2) гемипареза, гемигипестезии на противоположной стороне

 3) гемиатаксии на противоположной очагу стороне

 4) гипотонии мышц конечностей на противоположной очагу стороне

 5) интенционного тремора на противоположной очагу стороне

17. Для альтернирующего синдрома Раймона- Сестана характерно наличие

 1) пареза взора

 2) паралича глазодвигательного нерва

 3) паралича отводящего нерва

 4) спазма мимических мышц

18. Сочетание нарушения глотания и фонации, дизартрии, пареза мягкого неба, отсутствия глоточного рефлекса и тетрапареза свидетельствует о поражении

 1) ножек мозга

 2) моста мозга

 3) продолговатого мозга

 4) покрышки среднего мозга

19. Для поражения дорсолатерального отдела продолговатого мозга (альтернирующий синдром Валленберга - Захарченко) не является характерным наличие

 1) паралича мягкого неба, голосовой связки на стороне очага

 2) атаксии на стороне очага

 3) сегментарных расстройств чувствительности на лице на стороне очага

 4) нарушения болевой и температурной чувствительности на противоположной очагу стороне

 5) гемипареза на противоположной очагу стороне

20. При периферическом парезе левого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет левого глаза, гиперестезии в средней зоне Зельдера слева, патологических рефлексах справа очаг локализуется

 1) в левом мосто-мозжечковом углу

 2) в правом полушарии мозжечка

 3) в мосту мозга слева

 4) в области верхушки пирамиды левой височной кости

21. Сочетание боли и герпетических высыпаний в наружном слуховом проходе и ушной раковине, нарушение слуховой и вестибулярной функции является признаком поражения узла

 1) вестибулярного

 2) крылонебнего

 3) коленчатого

 4) гассерова

22. Для синдрома яремного отверстия не характерно поражение нерва

 1) языкоглоточного

 2) блуждающего

 3) добавочного

 4) подъязычного

23. Поражение всех черепных нервов на одной стороне (синдром Гарсена) без каких-либо признаков вовлечения в процесс двигательных и чувствительных проводниковых систем. Локализация поражения:

1) Ствол мозга

2) Внутренняя капсула

3) Половина основания черепа

4) Полушария мозга

24. При сахарном диабете наиболее часто развивается невропатия следующих черепных нервов:

1) III, IV, VI, VII

2) VII, XI, XII

3) X, XI, XII

4) IX, X

25. СиндромДжексона характеризуется
1) гомолатеральным вялым парезом языка

2) контралатеральной спастической гемиплегией

3) гомолатеральным выпадением поверхностной чувствительности

26. Синдром Авеллиса характеризуется
1) гомолатеральным парезом мышц мягкого неба и голосовой связки с нарушением глотания и фонации

2) контралатеральной спастической гемиплегией

27. Синдром Шмидта развивается
1) при поражении двигательных ядер 9-11 пар черепных нервов

2) пирамидного пути

3) спинно-таламического тракта

28. Для синдрома Шмидта характерны

1) гомолатеральный парез мышц мягкого неба и голосовой связки с нарушением глотания и фонации

2) гомолатеральный парез трапециевидной мышцы

3) спастический гемипарез

**ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:**

***Уважаемый ординатор!***

Предложенные для Вашего изучения ситуационные задачи позволят Вам проанализировать врача в различных ситуациях.

***Рекомендации по изучению:***

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.
2. Подумайте и дайте свой ответ.
3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.
4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы поступили в данной ситуации.
6. Больной жалуется на головокружение и потерю слуха со стороны правого уха. Какой нерв поврежден?
	1. Правый преддверно-улитковый нерв.
	2. Левый преддверно-улитковый нерв.
	3. Подъязычный.
	4. Блуждающий.
	5. Блоковый.
7. При поступлении в клинику, обследуя больного, обнаружено, что у него нарушены вкусовые рецепторы, воспринимающие горькое, нарушена чувствительность задней 1/3 языка. Какой нерв вовлечен в патологический процесс?
	1. Подъязычный.
	2. Язычный.
	3. Языкоглоточный.
	4. Лицевой.
	5. Тройничный
8. После операции на желудке у больного выявлены осложнения: замедлилась перистальтика и секреция желез и ослабился сфинктер привратника. Какой нерв был поврежден при операции?
	1. Блуждающий нерв.
	2. Добавочный нерв.
	3. Языкоглоточный.
	4. Тройничный.
	5. Блоковый.

**Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:**

***Рекомендации по изучению алгоритмов***

Уважаемый врач-ординатор!

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.
2. Подумайте и дайте свой ответ.
3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.
4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы поступили в данной ситуации.

1.Пациентка М., 67 лет, обратилась с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость при физической и умственной нагрузке, редкие головные боли давящего характера, несистемное головокружение, пошатывание при ходьбе (больше влево), снижение фона настроения. Указанные жалобы появились исподволь, без видимой причины и за последний год, со слов пациентки, усиливаются по выраженности. В анамнезе длительная неконтролируемая артериальная гипертензия (АГ) с повышением АД до 180/110 мм рт. ст., обычное для больной АД 160-150/100-90. В течение последних 5 лет страдает сахарным диабетом, который в настоящее время находится в состоянии субкомпенсации. При осмотре: черепно-мозговая иннервация интактна, за исключением рефлексов орального автоматизма, легкая гипомимия. Парезов нет. Мышечный тонус незначительно повышен по пластическому типу, но без феномена «зубчатого колеса», больше в левых конечностях. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно, но в пробе на диадохокинез выявляется отставание левой руки. Походка: обращает на себя внимание небольшое отставание левой ноги при ходьбе. Нейропсихологическое тестирование: MMSE – 27 баллов (не назвала число, одна ошибка в серийном счете (79-7=62), не вспомнила одно слово из трех). Часы нарисовала правильно. Обращает на себя внимание медленное выполнение нейропсихологических проб. Диагноз: дисциркуляторная энцефалопатия II стадии. Амиостатический синдром. Синдром умеренных когнитивных нарушений.
Назначения: эналаприл 5 мг/сут, циннаризин 10 мг три раза в день, пирацетам 200 мг три раза в день, глицин по 1 таблетке под язык. Повторная консультация через 6 мес. Пациентка сообщает об отсутствии какого-либо положительного эффекта несмотря на уменьшение выраженности АГ. Стала обращать внимание на эпизодическое дрожание в левой руке, которое возникает при волнении и эмоциональном напряжении. При осмотре: неврологический статус без существенной динамики.
Наиболее вероятный диагноз:

1) Дисциркуляторная энцефалопатия;
2) Хроническая ишемия мозга;
3) Болезнь Паркинсона;
4) Сосудистый паркинсонизм.
3. Что свидетельствует в пользу сосудистой этиологии неврологических нарушений?

Описание неврологического статуса

2.Больная, 25 лет. Стала замечать, что стопы «пришлёпывают» при ходьбе. Появилась зябкость рук и ног. Затем обнаружила похудание мышц стоп, в дальнейшем мышц голеней. Через полгода присоединилось похудание мышц кистей рук и ограничение движений в пальцах. Объективно: кожа кистей рук и стоп мраморной окраски, холодная, на ощупь влажная, атрофия мышц стоп, голеней, дистальных отделов бедер и кистей рук. Рефлексы на руках снижены, на ногах: коленные рефлексы снижены, ахилловы рефлексы не вызываются. Гипестезия дистальных отделов конечностей. На ЭМГ - изменения, указывающие на поражение периферического двигательного нейрона. Описание неврологического статуса 1. Установите диагноз. 2. Назначьте лечение.

3.Больной Б., 51 года. Окружающие заметили, что он стал медлительным, голос приобрел монотонный оттенок, на вопросы начал отвечать медленно, изменилась походка (стал ходить медленными шажками), появилось дрожание пальцев рук. Заболевание прогрессировало, нарастала скованность. Объективно: лицо амимично, тонус мышц в руках и ногах повышен по пластическому типу. Почти постоянный мелкоразмашистый тремор рук при произвольных движениях. Сухожильные рефлексы равномерны, повышены. Патологических рефлексов и расстройств чувствительности не выявляется. На ЭМГ - «залповая активность». Наследственность: у деда больного появилось дрожание конечностей, скованность движений в возрасте 60 лет. Описание неврологического статуса. 1. Установите диагноз. 2. Назначьте лечение.

**Модуль 2. Ликвородинамические нарушения. Причины, принципы диагностики**

**Тема 1. Методика проведения и оценки люмбальной пункции. Ликвор. Мозговые оболочки**

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков и умений.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:**

1.Строение мозговых оболочек. Твердая, паутинная и мягкая мозговые оболочки. Субарахноидальное пространство.

2.Желудочковая система. Ликвородинамика. Желудочки мозга, сильвиев водопровод, отверстия Мажанди и Лушка. Базальные цистерны.

3. Менингеальный синдром. Менингизм.

4.Люмбальная пункция. Методика, показания и противопоказония.

5. Состав ликвора в норме и при основных патологических состояниях. Бактериологическое исследование. Вирусологическое исследование. Иммунологические реакции Вассермана и осадочные реакции. Гиперпротеидоз. Плеоцитоз. Белково-клеточная диссоциация. Клеточно-белковая диссоциация. «Путевая кровь».

 6. Измерение давления ликвора и ликвородинамические пробы: Квеккенштедта, Пуссепа, Стукея. Субокципитальная пункция.

7. Синдром повышения внутричерепного давления. Гидроцефалия внутренняя и наружная, открытая и окклюзионная.

8. Дислокационные синдромы. Синдром Бурденко-Крамера.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

*Выберите один правильный ответ*

1. Ликвор вырабатывается

1)ворсинчатыми сплетениями

**2) сосудистыми сплетениями боковых желудочков**

3) мягкой мозговой оболочкой

**2. Паутинная оболочка** состоит из

1)наружной клеточной мембраны

2) внутреннего слоя соединительной ткани

**3) рыхлой сети тонких трабекул**

**3. Мягкая мозговая оболочка** состоит из

1)тонкого эндотелиоподобного слоя мезодермальных клеток

**2) капилляров**

3) венул

4. Твердая мозговая оболочка состоит из следующих листков:
**1) наружной, внутренней**2) наружной, средней и внутренней
3) сосудистой
4) фиброзной
5) соединительнотканной

5. Уровень прокола при проведении спинномозговой пункции:
**1) L3-L4**2) L1-L2
3) T12-L1
4) S1 – S2
5) S3 – S4

6. Ликвородинамическая проба Пуссепа вызывается

 1) сдавлением шейных вен

 2) давлением на переднюю брюшную стенку

 3) наклоном головы вперед

 **4) разгибанием ноги, предварительно согнутой в коленном и тазобедренном суставах**

7. В случае отсутствия блока субарахноидального пространства при пробе Квеккенштедта давление спинномозговой жидкости повышается

 1) в 10 раз

 2) в 6 раз

 **3) в 4 раза**

 4) в 2 раза

8. Содержание хлоридов в спинномозговой жидкости в норме колеблется в пределах

 **1) 80-110 ммоль/л**

 2) 40-60 ммоль/л

 3) 200-260 ммоль/л

 4) 120-130 ммоль/л

9. Ликворологическое исследование противопоказано даже при отсутствии признаков интракраниальной гипертензии, если подозревается

 1) невринома VIII в I (отиатрической) стадии клинического течения

 2**) невринома VIII во II (отоневрологической) стадии клинического течения**

 3) опухоль височной доли

 4) опухоль лобной доли

10. Значительное снижение уровня сахара в спинномозговой жидкости (до 0.1 г/л) характерно для менингита, вызванного

 1) вирусами гриппа

 2) пневмококком

 3) вирусом паротита

 **4) туберкулезной палочкой**

11. Решающее значение в диагностике менингита имеет

 1) острое начало заболевания с повышением температуры

 **2) острое начало заболевания с менингеальным синдромом**

 3) изменение спинномозговой жидкости

 4) синдром инфекционно-токсического шока

12. Ликворологическими признаками, отличающими церебральный цистицеркоз от эхинококкоза, является

 1) повышение давления цереброспинальной жидкости

 **2) лимфоцитарно-моноцитарный плеоцитоз**

 3) наличие в ликворе эозинофилов

 4) наличие в ликворе базофилов

 **ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:**

***Уважаемый ординатор!***

Предложенные для Вашего изучения ситуационные задачи позволят Вам проанализировать врача в различных ситуациях.

***Рекомендации по изучению:***

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.
2. Подумайте и дайте свой ответ.
3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.
4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы поступили в данной ситуации.

**Задача № 1.** Молодая женщина обратилась в приемный покой с жалобами на выраженный, плотный, бледный, незудящий отек лица, затрудненное дыхание, слабость, тошноту, повышение температуры до 38°С. Это состояние развилось через 30 мин. после инъекции гентамицина.

Объективно: на лице значительно выраженный отек, выраженный отек верхних и нижних век, язык отечный, увеличен в размере. Пульс 110 уд./мин. АД 110/90 мм рт.ст.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

**Задача № 2**. Пациенту, 35 лет, назначено амбулаторное лечение ампициллином в процедурном кабинете. Через несколько минут после в/м введения ампициллина пациент стал жаловаться на общую слабость, прилив крови к лицу (как бы обдало жаром), головную боль, нарушение зрения, чувство тяжести за грудиной. Состояние тяжелое. Бледность кожи с цианозом, обильная потливость. Одышка экспираторного характера. Глухие тоны сердца. Нитевидный пульс, 120 уд./мин. АД 80/50 мм рт.ст. ЧДД 28 в мин.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и дайте обоснование каждого этапа.

 **Задача№3**.Спинно-мозговая жидкость бесцветная, прозрачная, вытекает под давлением 3,52 кПа (360 мм вод, ст.). Реакция Панди ++++, белок - 2,75 г/л, цитоз 3х10-6 в 1 л.

Оцените изменения жидкости, назовите соответствующие им синдромы, укажите, для каких заболеваний они типичны.

 **Задача№4.** Спинно-мозговая жидкость прозрачная, давление 2,45 кПа (250 мм вод, ст.), реакция Панди ++, белок - 0,96 г/л, цитоз 786х 10-6 в 1 л (преобладают лимфоциты). Для каких заболеваний характерны подобные изменения жидкости?

Какие дополнительные исследования нужно произвести для уточнения этиологии процесса?

 **Задача№5.** Спинно-мозговая жидкость мутная, давление 3,72кПа (380 мм вод. ст.), реакция Панди++++, белок-3,07 г/л, цитоз-2327.х 10-6 в 1 л (89 % нейтрофилов, 11 % лимфоцитов), глюкоза - 2,2 ммоль/л (40 мг %).

При каких патологических процессах можно наблюдать такие изменения спинно-мозговой жидкости?

Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения этиологии процесса?

**Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:**

***Рекомендации по изучению алгоритмов***

1. Уважаемый врач-ординатор! Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.
2. Подумайте и дайте свой ответ.
3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.
4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы поступили в данной ситуации.

1.У молодой женщины 25 лет появилась умеренная боль за правым глазнымяблоком. 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.

1. Неврологические синдромы?

2. Локализация поражения?

3. Предварительный клинический диагноз?

4. Дополнительные исследования?

5. Лечение, если подтвердится предварительный диагноз?

2.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.

1. Неврологические синдромы?

2. Локализация поражения?

3. Предварительный клинический диагноз?

4. Дополнительные исследования?

5. Лечение, если подтвердится предварительный диагноз?

3.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.

1. Неврологические синдромы?

2. Локализация поражения?

3. Предварительный клинический диагноз?

4. Дополнительные исследования?

5. Лечение, если подтвердится предварительный диагноз?

4.У мужчины 50 лет в течение пяти лет постепенно развиваются слабость в ногах, утомляемость при ходьбе и нарушения мочеиспускания по типу императивных позывов. В неврологическом статусе: снижение силы в ногах до 3-х баллов с повышением мышечного тонуса по спастическому типу, высокими сухожильными рефлексами, патологическими симптомами Бабинского и Оппенгейма с обеих сторон. При исследовании глазного дна выявляется деколорация височных половин дисков зрительных нервов. При магнитно-резонансной томографии головы обнаружены очаги повышенной плотности в Т2 режиме, расположенные в мозолистом теле и в спинном мозге.

1. Неврологические синдромы?

2. Локализация поражения?

3. Клинический диагноз?

4. Лечение?

5.У женщины 40 лет с 20-летнего возраста периодически возникает снижение зрения на правый глаз. В 25 лет отмечался эпизод неустойчивости при ходьбе, которая затем полностью регрессировала. В возрасте 30 лет – онемение и слабость в ногах, также полностью исчезнувшие. С 35 лет пациентка отмечает неуклонное нарастание слабости в ногах а также нарушения мочеиспускания в виде невозможности долго удерживать мочу.Неврологический статус: снижение силы в нижних конечностях до 3-х баллов, повышение мышечного тонуса в них по спастическому типу, оживление всех сухожильных рефлексов, отсутствие брюшных рефлексов, положительные симптомы Тремнера, Бабинского и Оппенгейма с обеих сторон.

1. Неврологические синдромы?

2. ЛокалМетодика обследоизация поражения?

3. Предварительный клинический диагноз?

4. Дополнительные исследования?

5. Лечение, если подтвердится предварительный диагноз?

**Тема 2. Методика обследования пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения.**

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков и умений.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:**

1.Классификация сосудистых заболеваний головного мозга. Этиология и патогенез.

 2. Причины острых нарушений мозгового кровообращения в различные возрастные периоды - аневризмы сосудов мозга, заболевания крови, коллагенозы, инфекции.

 3.Симптомы поражения внутренней сонной , передней, средней, задней, позвоночной артерий.

4.Переходящие нарушения мозгового кровообращения - общие и регионарные. Клинические проявления.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

*Выберите один правильный ответ*

1. Главной причиной церебральной ишемии при остром инфаркте миокарда с нарушением ритма (кардиоцеребральный синдром) является

 а) повышение вязкости крови

 б) повышение активности свертывающей системы

 в) ухудшение реологических свойств крови

 **г) снижение системного перфузионного давления**

 д) повышение агрегации форменных элементов крови

2. Подключичный синдром обкрадывания возникает при закупорке

 а) безымянной артерии

 б) проксимального отдела подключичной артерии

 в) дистального отдела подключичной артерии

 г) всего перечисленного

 **д) верно а) и б)**

3. Стволовая симптоматика при подключичном синдроме обкрадывания появляется или усиливается

 а) при глубоком вдохе

 б) при повороте головы в сторону поражения

 в**) при упражнениях рукой на стороне поражения**

 г) при всех перечисленных действиях

 д) ни при одном из перечисленных действий

4. Для фармакотерапии преходящих нарушений мозгового кровообращения на почве спазма мозговых артерий предпочтительнее назначить

 а) -адренергические блокаторы

 б) -адренергические блокаторы

 в) антагонисты кальция

 г) препараты ксантинового ряда (эуфиллин, трентал)

 **д) верно а) и в)**

 е) верно б) и г)

5. Решающее влияние на прогноз преходящего нарушения мозгового кровообращения оказывает

 а) адекватный уровень артериального давления

 б) состояние вязкости и текучести крови

 в) состояние свертывающей системы крови

 **г) сохранная проходимость приводящих артерий**

 д) продолжительность эпизодов преходящей ишемии

6. К развитию тромбоза мозговых артерий не приводит

 а) снижение артериального давления и замедление кровотока

 б) повышение вязкости и агрегации

 в) повышение коагуляционной активности крови

 **г) повышение фибринолитической активности крови**

7. С помощью магнитно-резонансной томографии очаг ишемического инсульта головного мозга выявляется от начала заболевания

 а) через 1 ч

 **б) через 3 ч**

 в) через 6 ч

 г) к концу первых суток

8. К развитию нетромботического ишемического инсульта не приводит

 а) спазм сосудов

 б) мозговая сосудистая недостаточность

 в) артерио-артериальная микроэмболия

 **г) кардиогенная эмболия**

9. Внутримозговое обкрадывание очага ишемического инсульта после введения вазодилататоров наступает в результате

 а) нарушения ауторегуляции кровообращения в очаге

 б) спазма сосудов пораженного участка мозга

 в) спазма сосудов неповрежденных отделов мозга

 **г) "расширения здоровых" сосудов неповрежденного отдела мозга**

 д) раскрытия артерио-венозных анастомозов

10. Обкрадывание здорового участка в пользу ишемического очага после введения вазотонических средств происходит в результате

 **а) сужения здоровых сосудов неповрежденных отделов мозга**

 б) сужения сосудов пораженного участка мозга

 в) расширения сосудов пораженного участка мозга

 г) восстановления ауторегуляции мозгового кровообращения

 д) восстановления реактивности сосудов в очаге ишемии

11. Для I-й стадии синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания не характерно наличие

 **а) гипокоагуляции**

 б) гиперкоагуляции

 в) внутрисосудистой агрегации форменных элементов

 г) блокады микроциркуляции

12. Для тромбоза мозговых сосудов наиболее характерно

 а) наличие в анамнезе транзиторных ишемических атак

 б) наличие симптомов-предвестников

 в**) постепенное формирование очаговой симптоматики**

 г) малая выраженность общемозговой симптоматики

 д) отсутствие смещения М-эха

13. Для эмболии мозговых артерий характерно все перечисленное, кроме

 а) внезапного развития очаговой симптоматики

 **б) отека соска зрительного нерва на стороне эмболии**

 в) наличия общемозговой симптоматики

 г) наличия мерцательной аритмии

14. Тромбоз основной артерии проявляется

 а) преимущественным поражением варолиева моста

 б) корковой слепотой

 в) вегетативно-висцеральными кризами

 г) верно а) и б)

 **д) всем перечисленным**

15. Поражение нервной системы при узелковом периартериите проявляется

 а) множественными мононейропатиями

 б) миелопатией

 в) субарахноидальными кровоизлияниями

 г) паренхиматозными кровоизлияниями

 д) верно а) и б)

 **е) всем перечисленным**

16. Показаниями для назначения дегидратирующих средств при ишемическом инсульте являются

 **а) выраженность общемозговой симптоматики**

 б) гиповолемия

 в) гиперкоагулопатия

 г) все перечисленные

17. Вазоактивные средства при ишемическом инсульте не применяются с целью улучшения

 а) церебральной гемодинамики

 **б) водно-электролитного баланса**

 в) реологического состояния крови

 г) метаболизма мозга

18. Показанием к гиперволемической гемодилюции при ишемическом инсульте является наличие

 а) анурии

 б) сердечной недостаточности

 в) артериального давления ниже 120/60 мм рт. ст.

 г) артериального давления свыше 200/100 мм рт. ст.

 **д) гематокрита 42%**

19. Фибринолитическая терапия при закупорке сосудов мозга целесообразна в случае

 а) молодого возраста больного

 **б) продолжительности закупорки менее 6 ч**

 в) отсутствия анурии

 г) геморрагического синдрома

 д) артериального давления ниже 200/100 мм рт. ст.

20. Антикоагулянты при ишемическом инсульте не противопоказаны при наличии

 **а) ревматизма**

 б) артериального давления свыше 200/100 мм рт. ст.

 в) заболеваний печени

 г) язвенной болезни желудка

 д) тромбоцитопатии

21. Критерием эффективной гемодилюции в острой стадии ишемического инсульта считают снижение гематокрита до уровня

 а) 45-49%

 б) 39-44%

 **в) 35-38%**

 г) 30-34%

 д) 25-29%

22. Наиболее эффективным в лечении диссеминированного внутрисосудистого свертывания является

 а) хлористый кальций и викасол

 б) эпсилонаминокапроновая кислота

 в) гепарин с антитромбином

 г) гепарин с замороженной плазмой

 д) верно а) и б)

 **е) верно в) и г)**

23. Интенсивная терапия при ишемическом инсульте не применяется для лечения и коррекции

 а) метаболического ацидоза

 б) гиперпротромбинемии

 **в) гиперпротеинемии**

 г) отека мозга

 д) водно-электролитного дисбаланса

**ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:**

***Уважаемый ординатор!***

Предложенные для Вашего изучения ситуационные задачи позволят Вам проанализировать действия спасателя в различных ситуациях.

***Рекомендации по изучению:***

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.
2. Подумайте и дайте свой ответ.
3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.
4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы поступили в данной ситуации.

1.Больной 30 лет доставлен в стационар бригадой СМП с улицы, где был сбит машиной. Объективно: больной в состоянии психомоторного возбуждения, сопротивляется осмотру, пытается встать. В неврологическом статусе: с-м Кернига с 2-х сторон, зрачки S=D, горизонтальный нистагм при отведениях глазных яблок. Парезов, патологических знаков, координаторных расстройств нет. АД 180/90 мм.рт.ст. Пульс 98 уд/мин. Каков предварительный диагноз?

2.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 пальценосовой 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.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Как расценить ухудшение состояния больного?
5. Возможные причины (этиология) заболевания?
6. Дополнительные обследования?
7. Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?

3.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 слева.

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Предполагаемая причина (этиология) заболевания?
4. Причина ухудшения состояния на 10-ый день с момента заболевания?
5. Дополнительные обследования и их предполагаемые результаты?
6. Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?

**Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:**

***Рекомендации по изучению алгоритмов***

**Уважаемый врач-ординатор!**

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.
2. Подумайте и дайте свой ответ.
3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.
4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы поступили в данной ситуации.

1. У больного отмечается жгучая боль в ладони правой кисти, особенно в I—III пальцах, усиливающаяся при сгибании и разгибании кисти, подъеме рук вверх, а также цианоз, потливость, отечность и гипестезия в дистальных отделах I—III пальцев, боль при давлении и перкуссии ладонной поверхности лучезапястного сустава. Что поражено у больного? Как называется этот синдром?

2. После ранения передней области левого предплечья у больного наблюдается мучительная жгучая боль в руке, иррадиирующая в надплечье и шею. Отмечаются также гипестезия с гиперпатией в области I—III пальцев левой руки по ладонной поверхности и в области тенара (возвышения большого пальца), гиперемий, потливость, повышение температуры (наощупь), истончение кожи в области левой кисти, ломкость ногтей. Боль усиливается при резких звуках, сотрясении тела и уменьшается при охлаждении, особенно водой. Как называется указанный синдром? Какое образование нервной системы поражено?

3. Приступы боли в надчревной области, иррадиирующие влево и вправо вверх, иногда в спину, и сопровождающиеся усилением перистальтики кишок, сердцебиением, чувством страха, повышением, а иногда снижением артериального давления, бледностью или гиперемией кожи, усиленной потливостью, чувством нехватки воздуха. Вне приступов отмечаются лабильный пульс, нервозность, болезненность при пальпации под мечевидным отростком грудины и в верхней трети надчревья по средней линии. Органические заболевания внутренних органов исключены в результате тщательного обследования больного. О каком синдроме можно думать

в данном случае?

 4.У больного справа отмечаются сужение глазной щели и зрачка, энофтальм и деколорация радужки глазного яблока, повышение температуры и гиперемия кожи руки и половины лица. Давление в плечевой артерии справа—13,3/8 кПа (100/60 мм рт. ст.), слева— 17,3/10 кПа (130/75 мм рт, ст.), в височных артериях справа—6 кПа (45 мм рт. ст.), слева—8,7 кПа (65 мм рт. ст.). Болезненна пальпация правых сонной, поверхностной височной и плечевой артерий, передней поверхности поперечных отростков шейных позвонков справа. О поражении каких образований следует думать?

**Тема 3. Методика обследования пациентов с инфекционными заболеваниями нервной системой**

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков и умений.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:**

1. Менингеальный синдром.
2. Ликвородиагностика менингитов.
3. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение гриппозного менингита.
4. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение пневмококкового менингита.
5. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение стрептококкового менингита.
6. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение стафиллококкового менингита.
7. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение туберкулезного менингита.
8. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение менингита вызванного палочкой Фридлендера.
9. Дифференциальная диагностика и лечение менингитов у детей.
10. Менингиты вызванные вирусами Коксаки, ЕСНО, Эпштен-Барра, эпидемического паротита и кори, опоясывающего герпеса, лимфоцитарного хориоменингита.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

*Выберите один или несколько правильных ответов*

1. Острый некротический энцефалит вызывают вирусы

 1) Коксаки

 **2) простого герпеса**

 3) кори

 4) паротита

2. К редким синдромам энцефалита Экономо относят

 1) глазодвигательные расстройства

 **2) патологические стопные знаки**

 3) нарушения сна

 4) вегетативные расстройства

3. Для острого клещевого энцефалита не характерны

 **1) заболевание в осенне-зимний период**

 2) менингоэнцефалитический синдром

 3) повышение внутричерепного давления

 4) вялые парезы и параличи мышц плечевого пояса

 5) лихорадка в начале заболевания

4. Для вирусного двухволнового менингоэнцефалита не характерно наличие

 1) лихорадки

 **2) атрофических спинальных параличей**

 3) плеоцитоза в ликворе

 4) радикулоневрита

5. Для герпетического энцефалита не характерно наличие

 1) общемозговых симптомов и нарушения сознания

 2) внутричерепной гипертензии и застоя на глазном дне

 3) судорожных приступов

 4) гемипарезов

 **5) гемиатаксии**

6. При вирусных энцефалитах в ликворе не наблюдается

 1) лимфоцитарный плеоцитоз

 2) увеличение содержания белка

 **3) увеличение содержания глюкозы**

 4) верно 1) и 2)

 5) верно 2) и 3)

7. Характерными электроэнцефалографическими признаками очаговых некротических повреждений головного мозга при герпетическом энцефалите являются

 1) диффузное снижение вольтажа волн

 2) появление - и -волн

 **3) наличие пиков (спайков) и острых волн**

 4) наличие асимметричных гигантских волн

 5) наличие сонных веретен

8. Из следующих противовирусных препаратов для лечения энцефалитов не применяется

 **1) оксолин**

 2) идоксуридин

 3) ацикловир

 4) аденозин-арабинозид

9. Острый (первичный) рассеянный энцефаломиелит редко сопровождается развитием

 1) нижней спастической параплегии

 2) бульбарных расстройств

 **3) экстрапирамидных нарушений**

 4) синдрома Броун - Секара

10. Морфологическим субстратом пирамидных симптомов при остром рассеянном энцефаломиелите являются

 1) пролиферация мезоглии в белом веществе

 2) гибель осевых цилиндров

 3) распад миелина

 4) верно 1) и 2)

 5 верно 2) и 3)

11. Двигательные и чувствительные нарушения при остром рассеянном энцефаломиелите обусловлены поражением

 1) головного мозга

 2) спинного мозга

 3) корешков и периферических нервов

 4) верно 1) и 2)

 **5) всего перечисленного**

12. Снижение остроты зрения при остром рассеянном энцефаломиелите обусловлено поражением

 1) сетчатой оболочки

 **2) зрительного нерва**

 3) первичного зрительного центра в наружном коленчатом теле

 4) лучистого венца Грациоле в затылочной доле

 5) коркового отдела зрительного анализатора в затылочной доле

13. При лечении острого рассеянного энцефаломиелита для коррекции аутоиммунных нарушений применяют

 1) нестероидные противовоспалительные средства

 2) анаболические стероидные препараты

 **3) синтетические глюкокортикоиды**

 4) эстрогенные стероидные препараты

14.С какими заболеваниями возможно проведение дифференциальной диагностики клещевого энцефалита:
**А. Лептоспироз.**Б. Шигеллез.
**В. Болезнь Лайма.**Г. Болезнь Брыля.
Д. Вирусные гепатиты.

15.Развитие эпилептических припадков наиболее характерно для следующих форм клещевого энцефалита.
А.Менингиальной.
**Б. Менингоэнцефалитической.**
В. Гемиплегической.
Г. Лихорадочной.

16.Специфические методы диагностики клещевого энцефалита:
**А. Вирусологический.
Б. РСК и РТГА в динамике.**
В. Гемокультура.
Г. Биологическая.
Д. Бактериологическое исследование ликвора.

17.Выберите препараты для этиотропного лечения клещевого энцефалита:
А. Пенициллин.
**Б. Специфический гамма глобулин.**
В. рибавирин.
Г. Этиотропное лечение не проводится.

18.Клещевой энцефалит имеет следующие клинические проявления:
**А. Острое начало.
Б. Очаговая неврологическая симптоматика.
В. Интоксикационный синдром.**
Г. Задержка стула.
Д. Диарея.

19.Какие местные изменения характерны для начальной стадии болезни Лайма?
А. Местные изменения отсутствуют.
Б. Формирование бубона.
**В. Формирование кольцевидной эритемы на месте укуса клеща.**
Г. Формирование папул.
Д. Формирование некроза.

20.Для подтверждения диагноза болезни Лайма используют:
А. Бактериоскопическое исследования крови.
**Б. Серологический метод.**
В. Биологический метод.
Г. Кожно- аллергическую пробу.
Д. Реакцию нейтрализации.

21.Поражение суставов при клещевом Лайм - боррелиозе:
**А. Имеют инфекционно -аллергический характер.**
Б. Не характерны.
**В. Могут привести к остеопорозу, остеоартроза.
Г. Характерные поражения крупных суставов.**
Д. Характерные для затяжного и хронического течения болезни \*.

22.В переносчиков болезни Лайма относят:
**А. Ixodes scapularis.
Б. Ixodes ricinus.**B. Borellia burgdoferi.
Г. Аргасовые клещи.

23.Клинические стадии болезни Лайма:
А. Эритематозная.
**Б. Поздних проявлений.**
**В. Диссеминация возбудителя.
Г. локальной инфекции.**
Д. Латентный период.

24.Для хронического течения болезни Лайма характерно:
А. Генерализованная лимфаденопатия.
Б. Гломерулонефрит.
В. Энтероколит.
**Г. Полирадикулоневриты.**

**ТЕКСТЫ ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:**

***Уважаемый ординатор!***

Предложенные для Вашего изучения ситуационные задачи позволят Вам проанализировать действия спасателя в различных ситуациях.

***Рекомендации по изучению:***

1. Внимательно ознакомьтесь с условием ситуационной задачи.
2. Подумайте и дайте свой ответ.
3. Сравните ответ с эталонами ответов, обсудите в группе правильность ответа.
4. При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.
5. Продемонстрируйте преподавателю как бы Вы поступили в данной ситуации.

 1.Больной, 35 лет, считает себя больным с конца мая. В это время он находился в таежном районе. Известно, что повысилась температура до 38,6 градусов, озноб, была тошнота, рвота. В первые дни заболевания отмечена ригидность мышц затылка, симптомы Кернига и Брудзинского. Спинномозговая жидкость: давление 320 мм, цитоз – 200/3

(лимфоциты), белок – 0,8 м/моль л, углеводы – 72 м/моль л.

 Назовите клинический диагноз:

1. Эпидемический (летаргический) энцефалит.

2. Клещевой энцефалит, менингеальная форма.

3. Клещевой энцефалит, лихорадочная форма.

4. Клещевой энцефалит, энцефалитическая форма.

 2.У больного температура тела 39 градусов, нарушено глотание, осиплый голос, атрофия языка. Парезов конечностей нет. Спинномозговая жидкость бесцветная, прозрачная. Цитоз – 150/3, белок – 0,25 м/моль л, углеводы – 45м/моль л. Заболеванию предшествовало пребывание в лесу и извлечение впившегося клеща в области плеча. В крови нарастание титра антител к вирусу клещевого энцефалита.

 Назовите клинический диагноз:

1. Клещевой энцефалит, энцефалитическая форма

2. Клещевой энцефалит, полиомиелитическая форма

3. Клещевой энцефалит, менингеальная форма

4. Клещевой энцефалит, лихорадочная форма

5. Энцефалит Экономо.

 3. Больная, 6 лет, поступила в клинику в тяжелом состоянии: высокая температура, сопорозное состояние, периодически общие клонико-тонические судороги. В течение 2-х недель отмечался насморк, «першение» в горле, без повышения температуры. 7 дней назад была сделана прививка АКДС – первичная вакцинация, 2 дня после прививки отмечалась субфебрильная температура. В последующие дни состояние удовлетворительное. Вчера появилась головная боль, общая слабость, повышение температуры до 39 градусов, вечером отметила резкую слабость в руках, ногах, не могла хо-

дить, стало трудно говорить, ночью дважды были приступы клонико-тонических судорог длительностью до 5 минут с потерей сознания.

 При осмотре: состояние тяжелое, глубокий сопор, на вопросы не отвечает. Температура 39,6 градусов. Пульс 112 ударов в минуту, ритмичный. Внутренние органы без патологии. В неврологическом статусе выявлен птоз верхнего века справа, расходящийся страбизм за счет правого глаза, справа шире зрачок, не доводит правый глаз вверх, внутрь и вниз, сглажена левая носогубная складка, язык девиирует влево. При глотании поперхивается. Глоточный рефлекс сохранен. Положительные хоботковый и назолабиальный рефлексы. Сила в руках и ногах снижена, с трудом поднимает их от поверхности кровати. Тонус мышц в конечностях повышен. Рефлексы на конечностях высокие,

брюшные почти не вызываются. С 2-х сторон вызывается симптом Бабинского. Суставную чувствительность и координацию движений проверить невозможно из-за тяжести состояния. Ригидность мышц затылка на 4 см, умеренно выраженные симптомы Кернига, верхний и нижний симптомы Брудзинского.

 Анализ крови: Нв – 96 мг/л. СОЭ – 16 мм в час, лейкоцитов – 8,6 \* 109, э-5, п-1, с-54, л-40. Анализ мочи без патологии. При люмбальной пункции спинномозговая жидкость прозрачная, давление 240 мм водного столба, белок – 0,33%0, цитоз – 280/3, лимфоцитов –

100%, сахара – 3,4 мм/л.

 Определите диагноз заболевания:

1. Эпидемический энцефалит

2. Дифтерийная полиневропатия.

3. Клещевой энцефалит.

4. Полиомиелит.

5. Вакционноассоциированный менингоэнцефалит.

 3. Больной 18 лет, поступил в клинику с жалобами на скованность и замедленность движений, дрожание рук. Заболел 6 месяцев назад, после того, как перенес «грипп», сопровождающийся повышением температуры, головной болью, непродолжительным двоением окружающих предметов и необычной сонливостью в течение 2-х недель. После этого «гриппа» стала

нарастать скованность, через 3 месяца появилось дрожание рук.

 Мальчик рос и развивался по возрастной норме. Родители здоровы. Среди родственников заболеваний нервной системы не отмечено. При обследовании со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Лицо маскообразное. Движение глазных яблок в полном объеме. Гипомимия, редкое мигание,

голос тихий, речь монотонная, затухающая, гиперсаливация. Поза сгибателей. Ходит мелкими шагами, шаркая, отсутствуют содружественные движения рук, отмечается пропульсия. Сила рук и ног достаточная, тонус мышц повышен, выявляется симптом «зубчатого колеса». Сухожильные и надкостничные рефлексы живые, равны. В покое в кистях и пальцах рук наблюдается мелкий ритмичный тремор типа «счета монет». Анализы крови, мочи, спинномозговой жидкости отклонений от нормы не выявлено.

 Определите клинический диагноз:

1. Гриппозный энцефалит

2. Энцефалит Экономо (летаргический)

3. Туберкулезный менингоэнцефалит

4. Вторичный энцефалит.

**Практические ЗАДАНИЯ ДЛЯ Демонстрации ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:**

***Рекомендации по изучению алгоритмов***

Уважаемый врач-ординатор!

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ДЕМОНСТРАЦИИ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:

Рекомендации по изучению методик проведения физикального осмотра

Уважаемый врач-ординатор!

1.Внимательно ознакомьтесь с методиками проведения физикального обследования пациента.

2.Отработайте на муляжах технику проведения физикального обследования пациента на практическом занятии или группами по два человека.

3.При возникновении вопросов и трудностей обратитесь за помощью к преподавателю.

4.Продемонстрируйте преподавателю степень освоения данных методик физикального обследования пациента.

1. Женщина , 52-х лет, в анамнезе один самопроизвольный выкидыш и один мертворожденный ребенок . Болеет около трех месяцев. Беспокоит головная боль без определенной локализации, усиливающаяся ночью, иногда рвота. Недавно появилось двоение перед глазами, опустилось правое веко. Объективно: птоз правого верхнего века. Правый зрачок широкий. Прямая реакция на свет отсутствует. , на конвергенцию сохранена. Правое глазное яблоко отведено кнаружи, движения его вверх, вниз, кнутри отсутствуют. Лагофтальм слева, грубо опущен левый угол рта, сглажена левая носогубная складка. Язык по средней линии, атрофии языка нет. Паралича конечностей и чувствительной сферы нет.

Коленные и Ахилловы рефлексы равны. Ригидности мышц затылка нет. Симптом Кернига слабо положительный с обеих сторон. Спинномозговая жидкость прозрачная, бесцветная. Давление 210 мм. Цитоз 60/3. Белок 0,5 г/л. Реакция Панди, Нонне-Апельта положительные. Реакция Вассермана в крови и спинномозговой жидкости +++.

 Установите клинический диагноз:

1. Туберкулезный менингоэнцефалит.

2. Сифилитический менингит.

3. Клещевой энцефалит.

4. Отогенный энцефалит.

 2. Больной К., 42 года. Болен около 10-ти лет. Заболевание началось с чувства «ползания мурашек» в стопах, ощущение ваты под ногами, пошатывания в темноте. Периодически появилась боль в ногах: «молниеносная», «стреляющая», «режущая», иногда возникали приступы боли в эпигастральной области, сопровождавшиеся тошнотой и рвотой. Исследование желудочно-кишечного тракта не выявило патологии. С течением времени, несмотря на лечение, пошатывание при ходьбе настолько усилилось, что в темноте

больной ходить не мог и стал неуверенно ходить днем. Изменилась конфигурация левого коленного сустава. Появилась задержка мочеиспускания.

 При осмотре установлено: зрачки узкие, правый деформирован и шире левого. Прямая реакция на свет отсутствует, на конвергенцию сохранена. Симптом Ромберга при закрытых глазах резко положительный. Ходит неуверенно, широко расставляя ноги, высоко поднимает, а затем ударяет пятками о пол. Переразгибание в коленных суставах. Сила во всех сегментах рук и ног достаточная, тонус мышц ног понижен. Пальце-носовую пробу выполняет правильно. При пяточно-коленной пробе – атаксия. Расстроено мышечно-суставное чувство в пальцах ног. Болевая и тактильная чувствительность не нарушена. Коленные и Ахилловы рефлексы не вызываются. Нечувствительность локтевого нерва к давлению, не чувствует боли при сдавливании Ахиллова сухожилия. Левый коленный сустав увеличен, деформирован, однако при движении боли нет. На рентгенограмме этого сустава видна атрофия суставных поверхностей, остеопороз. Реакция Вассермана в крови +, спинномозговой жидкости отрицательная. Спинномозговая жидкость прозрачная, бесцветная. Давление 220 мм, цитоз 45/3, преимущественно лимфоциты. Реакция Панди слабо положительная.

 Установите диагноз:

1. Острый инфекционный полиневрит

2. Миелит неуточненной этиологии

3. Спинная сухотка

4. Мозжечковая атаксия.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **Тестирование**  | «ПЯТЬ БАЛЛОВ» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| «ЧЕТЫРЕ БАЛЛА» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| «ТРИ БАЛЛА» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| «ДВА БАЛЛА» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| «НОЛЬ БАЛЛОВ» выставляется при отсутствии ответа |
| **Письменный опрос** | «ПЯТЬ БАЛЛОВ» выставляется ординатору, если он владеет понятийным аппаратом, демонстрирует глубину и полное овладение содержанием учебного материала, в котором легко ориентируется |
| «ЧЕТЫРЕ БАЛЛА» выставляется ординатору, за умение грамотно излагать материал, но при этом содержание и форма ответа могут иметь отдельные неточности;  |
| «ТРИ БАЛЛА» выставляется, если ординатор обнаруживает знания и понимание основных положений учебного материала, но излагает его неполно, непоследовательно, допускает неточности в определении понятий, не умеет доказательно обосновывать свои суждения;  |
| «ДВА БАЛЛА» выставляется, если ординатор имеет разрозненные, бессистемные знания, не умеет выделять главное и второстепенное, допускает ошибки в определении понятий, искажает их смысл. |
| «НОЛЬ БАЛЛОВ» выставляется при отсутствии ответа |
| **Проблемно-ситуационные задачи** | «ПЯТЬ БАЛЛОВ» – ординатор правильно и полно проводит первичную оценку состояния, самостоятельно выявляет удовлетворение каких потребностей нарушено, определяет проблемы пациента, ставит цели и планирует врачебные вмешательства с их обоснованием, проводит текущую и итоговую оценку |
| «ЧЕТЫРЕ БАЛЛА» – ординатор правильно проводит первичную оценку состояния, выявляет удовлетворение каких потребностей нарушено, определяет проблемы пациента, ставит цели и планирует врачебные вмешательства с их обоснованием, проводит текущую и итоговую оценку. Допускаются отдельные незначительные затруднения при ответе; обоснование и итоговая оценка проводятся с дополнительными комментариями преподавателя;  |
| «ТРИ БАЛЛА» – ординатор правильно, но неполно проводит первичную оценку состояния пациента. Выявление удовлетворение каких потребностей нарушено, определение проблемы пациента возможен при наводящих вопросах педагога. Ставит цели и планирует врачебные вмешательства без обоснования, проводит текущую и итоговую оценку с наводящими вопросами педагога; затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации |
| «ДВА БАЛЛА» – неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий |
| «НОЛЬ БАЛЛОВ» выставляется при отсутствии ответа |
| **Практические навыки** | «ПЯТЬ БАЛЛОВ». Ординатор проявил полное знание программного материала, рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются. |
| «ЧЕТЫРЕ БАЛЛА». Ординатор проявил полное знание программного материала, рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога, допустил небольшие ошибки или неточности. |
| «ТРИ БАЛЛА». Ординатор проявил знания основного программного материала в объеме, необходимом для предстоящей профессиональной деятельности, но допустил не более одной принципиальной ошибки, рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима. |
| «ДВА БАЛЛА». Ординатор обнаружил существенные пробелы в знании алгоритма практического навыка, допустил более одной принципиальной ошибки, затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами. |
| «НОЛЬ БАЛЛОВ» выставляется при отсутствии ответа |

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета по зачетным билетам, содержащим два теоретических вопроса (в устной форме), один практический вопрос (в форме демонстрации практических навыков)

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

**Зачтено** - Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

При выполнении практического навыка - полное знание программного материала, рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога, допустил небольшие ошибки или неточности.

**Не зачтено -** Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи.

При выполнении практического навыка - существенные пробелы в знании алгоритма практического навыка, допустил более одной принципиальной ошибки, затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

**1.**

**Перечень практических заданий для проверки практических навыков**

**1.**

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра «Обучающий симуляционный центр»

 направление подготовки (специальность)

дисциплина «Симуляционный курс»

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1.**

**I.**

.

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( )

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ткаченко И.В.)

 Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной аттестации**

**Симуляционное оснащение:**

* + 1. манекен с возможностью имитации аускультативной картины различных заболеваний сердца и легких, с функцией пальпации верхушечного толчка, визуализации вен шеи и пульсации центральных и периферических артерий, синхронизированных с сердечными фазами или симулятор для аускультации сердца и легких с синхронизацией показателей артериального давления и пульсации сосудов
		2. многофункциональный робот-симулятор, позволяющий оценить состояние, выделить ведущие синдромы и оказать медицинскую помощь, в комплекте с оборудованием для проведения общемедицинских диагностических и лечебных вмешательств: имитации дыхательных звуков и шумов; визуализации экскурсии грудной клетки; имитации пульсации центральных и периферических артерий; генерации заданной электрокардиограммы на медицинское оборудование; речевого сопро-вождения; моргания глаз и изменения просвета зрачков; имитации аускультативной картины работы сердца, тонов/шумов сердца; имитация показателей АД и температуры тела через симуляционный монитор пациента

**Медицинское оснащение:**

* + - 1. Стол рабочий
			2. Стул
			3. Кушетка
			4. Раковина
			5. Средства для обработки рук
			6. Камертон
			7. Прибор для проверки холодовой и тепловой чувствительности (тестер термочувствительности кожи с эбонитовым и металлическим наконечниками)
			8. Пробирка с кофе
			9. Пробирка с ванилью
			10. Фонарик
			11. Пипетка
			12. Настенные часы с секундной стрелкой
			13. Контейнер для сбора отходов класса А
			14. Контейнер для сбора отходов класса Б
			15. Нестерильные перчатки разных размеров (S, M, L)
			16. Одноразовая простыня
			17. Зубочистка
			18. Шпатель в упаковке
			19. Ватный шарик
			20. Спиртовые салфетки
			21. Марлевые салфетки
			22. Медицинская карта амбулаторного пациента
			23. Бланк информированного добровольного согласия (заполненный)
			24. Форма заключения для самостоятельного заполнения аккредитуемым лицом
			25. Шариковая ручка
			26. Неврологический молоточек
			27. Манипуляционный стол с подготовленной стерильной зоной
			28. Раковина с однорычажным смесителем2
			29. Диспенсер для одноразовых полотенец (допускается имитация)
			30. Диспенсер для жидкого мыла (допускается имитация)
			31. Настенные часы с секундной стрелкой
			32. Контейнер для утилизации отходов класса А
			33. Контейнер для утилизации отходов класса Б
			34. Защитные очки
			35. Не прокалываемый контейнер для утилизации отходов класса
			36. Раствор антисептика в стеклянной или пластмассовой емкости
			37. Корцанг
			38. Нестерильные перчатки разных размеров 1 пары
			39. Стерильные перчатки разных размеров 1 пары
			40. Халат стерильный (допускается имитация)
			41. В случае, если раковиной оснастить рабочее место невозможно, аккредитуемым предлагается имитация средства для гигиенической обработки рук медицинского персонала
			42. Маска медицинская
			43. Шапочка медицинская
			44. Игла для люмбальной пункции 20-22 G 3,5-8,9 см с мандреном в упаковке
			45. Шприц объемом 10 мл
			46. Флакон с анестетиком (имитация)
			47. Пробирки
			48. Ограничитель операционного поля
			49. Ватные тампоны на палочке
			50. Марлевая салфетка
			51. Пластырная повязка
			52. Маркер на водной основе
			53. Тонометр
			54. Источник света (карманный фонарик)
			55. Спиртовые салфетки
			56. Смотровые перчатки
			57. Настенные часы с секундной стрелкой
			58. Емкость для сбора бытовых и медицинских отходов (закрепленный пакет класс А, закрепленный пакет класс Б)
			59. Телефонный аппарат
			60. Тележка на колесиках для размещены оборудования, расходных материалов и лекарственных средств
			61. Лицевая маска кислородная
			62. Источник кислорода
			63. Пульсоксиметр
			64. Электрокардиограф
			65. Бутылка питьевой воды без газа
			66. Пластиковой одноразовый стаканчик
			67. Термометр инфракрасный
			68. Экспресс-анализатор глюкозы
			69. Штатив для длительных инфузионных вливаний
			70. Смотровые перчатки
			71. Спиртовые салфетки
			72. Шприц 20 мл с иглой 0,4-0,8 мм
			73. Периферический венозный катетер 22 G
			74. Система для внутривенных инфузий
			75. Пластырь для периферического венозного катетера
			76. Бинт нестерильный
			77. Ампулы и флаконы, заполненные дистиллированной водой для имитации лекарственных средств).
			78. Кожный антисептик в пульверизаторе
			79. Салфетки для высушивания антисептика после его экспозиции

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ПК-5готовность к определению у пациентовпатологических состояний, симптомов,синдромов заболеваний,нозологических форм в соответствии сМеждународной статистическойклассификацией болезней и проблем,связанных со здоровьем | Знать: Основные патологическиесостояния, клинические симптомы,синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистическойклассификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. |  |
| Знать:Физикальные, лабораторные,инструментальные и другие методы раннего выявления основных клинических симптомов, синдромов заболеваний и нозологических форм. |
| Уметь: составить план обследования пациента,провести анализ полученных данных, диагностировать симптомы и синдромы заболеваний,нозологические формы и их осложнений, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней; проводить дифференциальный диагноз, оцениватьтяжесть заболевания. |  |
| Владеть:комплексом практических навыков, необходимых для диагностики основных заболеваний внутреннихорганов, навыками формулировкидиагноза в соответствии сМеждународной статистическойклассификацией болезней и проблем,связанных со здоровьем. |  |
| 2 | ПК-6 готовность к ведению и лечениюпациентов, нуждающихся в оказаниитерапевтической медицинской помощи | Знать:Стандарты ведения и лечения пациентов терапевтического профиля |  |
| Основы оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме |
| Уметь:Интерпретировать данные обследования пациента с терапевтической патологиейпланировать его индивидуальное лечение;  |  |
| Оказать медицинскую помощь при состояниях, угрожающих жизни больного |
| Владеть:алгоритмами действия специалистов первичной медико-санитарной помощи  |  |
| 3. |  УК-1Готовность к абстрактномумышлению, анализу, синтезу | Знать:Основные методы анализа и синтеза информации, полученной в ходе коммуникации с пациентом |  |
| Уметь:Абстрактно мыслить,анализировать и обобщать клинические симптомы, выявленные в ходеобследования пациента |  |
| Владеть:навыками абстрактногомышления, анализа и синтезаинформации, полученной в процессеобследования и лечения пациента |  |