

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
**ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ имени
И.М.СЕЧЕНОВА**

Фонд оценочных средств
по _____
_____ неврологии _____
(наименование дисциплины/ практики, либо – раздела дисциплины/ практики)

основная профессиональная образовательная программа высшего образования

030401 Клиническая психология

030401 Клиническая психология

Шифр и наименование компетенции

-способность планировать и самостоятельно проводить психодиагностическое обследование пациента в соответствии с конкретными задачами и этическо-деонтологическими нормами с учётом нозологических, социально-демографических культуральных и индивидуально-психологических характеристик (ПК-3);

Раздел дисциплины (тема): Центральный и периферический парезы.

Вид оценочного средства: *Тестовые задания:*

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения*
Тема 1. Центральный и периферический парезы.		
Для центрального пареза характерно (2): 1. повышение мышечного тонуса по типу спастичности, 2. оживление брюшных рефлексов, 3. появление патологических рефлексов, 4. раннее развитие атрофий.	1,3	ТК
Для периферического пареза характерно (3): 1. мышечная гипотония, 2. снижение сухожильных рефлексов, 3. раннее развитие атрофий, 4. симптом Бабинского, 5. симптом Россолимо.	1-3	ТК
3. Центральный парез возникает при повреждении (2): 1. постцентральной извилины, 2. внутренней капсулы, 3. заднего канатика спинного мозга, 4. бокового канатика спинного мозга, 5. передних рогов спинного мозга.	2,4	ТК
4. Периферический парез возникает при повреждении (2): 1. прецентральной извилины, 2. лучистого венца, 3. переднего канатика спинного мозга, 4. переднего спинномозгового корешка, 5. нервно-мышечного синапса.	4,5	ТК
5. Ранняя атрофия мышц парализованной конечности возникает при повреждении (1-3): 1. передних рогов спинного мозга, 2. периферических нервов, 3. мышц, 4. основания ствола головного мозга, 5. внутренней капсулы.	1-3	ТК
6. Симптом Бабинского справа возникает при повреждении (2): 1) заднего канатика спинного мозга справа, 2) внутренней капсулы слева, 3) бокового канатика спинного мозга справа, 4) зрительного бугра слева, 5) правой нижней ножки мозжечка.	2,3	ТК
7. Атрофия мышц парализованной конечности не характерна для повреждения (2): 1. мышц, 2. нервно-мышечного синапса, 3. бокового канатика спинного мозга, 4. внутренней капсулы, 5. периферического нерва.	3,4	ТК
8. Симптомы центрального пареза (3): 1. симптом Бабинского 2. симптом Брудзинского, 3. симптом Кернига,	1,4,5	ТК

4.	симптом Оппенгейма,		
5.	симптом Россоломо.		
9.	Нижний спастический парализм возникает при повреждении (2): 1) 1. парацентральных долек обоих полушарий головного мозга, 2) 2. передних рогов спинного мозга с двух сторон, 3) 3. боковых канатиков спинного мозга с двух сторон, 4) 4. задних канатиков спинного мозга с двух сторон, 5) 5. периферических нервов нижних конечностей.	1,3	ТК
10.	При повреждении внутренней капсулы обычно возникает (1): 1) монопарез руки, 2) монопарез ноги, 3) гемипарез, 4) нижний парализм, 5) тетрапарез.	3	ТК
11.	Фасцикуляции характерны для повреждения (1): 1) передних рогов спинного мозга. 2) боковых канатиков спинного мозга, 3) периферических нервов, 4) нервно-мышечного синапса, 5) мышц.	1	ТК
12.	Снижение коленного рефлекса возникает при повреждении (2): 1. передних рогов спинного мозга на уровне L2-L4 сегментов, 2. передних рогов спинного мозга на уровне L5-S1 сегментов, 3. наружного кожного нерва бедра, 4. бедренного нерва, 5. седалищного нерва.	2,4	ТК
13.	Снижение рефлекса с трёхглавой мышцы плеча возникает при повреждении (2): 1. передних рогов спинного мозга на уровне C5-C6 сегментов, 2. передних рогов спинного мозга на уровне C7-C8 сегментов, 3. локтевого нерва, 4. лучевого нерва, 5. срединного нерва.	2,4	ТК
14.	При повреждении правого бокового канатика спинного мозга на уровне грудных сегментов возникает (1): 1) правосторонний гемипарез, 2) левосторонний гемипарез, 3) парез левой ноги, 4) парез правой ноги, 5) нижний парализм.	4	ТК
15.	При повреждении лучевого нерва возникает парез (2): 1. двухглавой мышцы плеча, 2. трехглавой мышцы плеча, 3. мышцы, приводящей большой палец, 4. мышцы, отводящей мизинец, 5. разгибателей кисти и пальцев	2,5	ТК
16.	При повреждении малоберцового нерва возникает парез (1): 1. икроножной мышцы, 2. камбаловидной мышцы, 3. задней большеберцовой мышцы, 4. передней большеберцовой мышцы.	4	ТК
17.	Гемипарез может возникнуть при повреждении (4): 1. внутренней капсулы, 2. лучистого венца, 3. ножки мозга, 4. половины основания ствола головного мозга, 5. бокового канатика спинного мозга на грудном уровне.	1-4	ТК
18.	Для уточнения локализации поражения при центральном парезе конечности используют (2):	1,3	ТК

1. магнитно-резонансную томографию головы, 2. игольчатую электромиографию, 3. магнитную стимуляцию головного мозга, 4. биопсию периферического нерва, 5. биопсию мышц.		
19. Признаки поражения передних рогов спинного мозга при игольчатой электромиографии (3): 1. фибрилляции, 2. фасцикуляции, 3. увеличение длительности потенциала двигательной единицы, 4. снижение амплитуды потенциала двигательной единицы.	1-3	ТК
1. Симптоматическое лечение спастичности (4): 2. лечебная гимнастика, 3. баклофен, 4. сирдалуд, 5. пирацетам (ноотропил) 6. введение в мышцу ботулинического токсина.	1-3,5	ТК
7. Вопросы 21- 22 к задаче. У больного в правых конечностях выявляются слабость до 2-х баллов, повышение мышечного тонуса в сгибателях руки и разгибателях ноги, гиперрефлексия, симптом Бабинского. 1. Неврологические симптомы (3): 2. гемипарез, 3. монопарез, 4. спастичность, 5. мышечная ригидность, 6. патологический рефлекс.	1,3,5	ТК
2. Локализация поражения (1): 1. боковой канатик в грудном отделе спинного мозга справа, 2. задний канатик в шейном отделе спинного мозга справа, 3. зрительный бугор слева, 4. зрительный бугор справа, 5. внутренняя капсула слева.	5	ТК
Вопросы 23-25 к задаче. У мужчины 30 лет утром после сна развилась слабость в правой кисти. При обследовании выявлены невозможность разгибания правой кисти и пальцев, противопоставления большого пальца, мышечная гипотония и отсутствие рефлекса с трёхглавой мышцы в правой руке. 23. Неврологический синдром (1): 1) периферический парез кисти, 2) центральный парез кисти, 3) смешанный парез кисти.	1	ТК
24. Локализация поражения (1): 1) прецентральная извилина слева. 2) боковой канатик спинного мозга на шейном уровне справа, 3) правый лучевой нерв, 4) правый срединный нерв, 1) правый локтевой нерв.	3	ТК
25. Рекомендуемый дополнительный метод исследования (1): 1) компьютерная томография головы, 2) магнитно-резонансная томография головы, 3) магнитно-резонансная томография спинного мозга, 4) магнитная стимуляция головного мозга, 5) электронейромиография.	5	ТК
Вопросы 26-28 к задаче. У мужчины 60 лет постепенно нарастает слабость в правой ноге. При обследовании- в правой ноге парез в проксимальных отделах до 4-х баллов, в стопе – до 2-х баллов, тонус повышен преимущественно в разгибателях ноги, оживление коленного и ахиллова рефлексов, симптом Бабинского.	1-3	ТК

26. Неврологические симптомы (3): 1) монопарез ноги, 2) спастичность, 3) гиперрефлексия, 4) мышечная ригидность.		
Локализация поражения (1): 1. правый малоберцовый нерв, 2. боковой канатик спинного мозга в грудном отделе справа, 3. правый большеберцовый нерв, 4. зрительный бугор слева.	2	ТК
Дополнительный метод исследования (1): 1. биопсия мышц, 2. игольчатая электромиография, 3. магнитно-резонансная томография спинного мозга, 4. электронейромиография.	3	
Вопросы 29-30 к задаче. У женщины 60 лет постепенно развиваются слабость и похудание нижних, а затем и верхних конечностей. При обследовании во всех конечностях выявляются выраженные атрофии, особенно в мышцах кистей, мышечные подёргивания, рефлексы оживлены, двусторонний симптом Бабинского, мышечная гипотония. 27. Неврологический синдром (1): 1) периферический тетрапарез, 2) центральный тетрапарез, 3) смешанный тетрапарез.	3	ТК
28. Локализация поражения (2): 1. корково-спинномозговой (пирамидный) путь, 2. нервно-мышечный синапс, 3. передние рога спинного мозга, 4. задние рога спинного мозга.	1,3	ТК

Вид оценочного средства: Ситуационные задачи:

Оценочное средство	Эталон ответа	Уровень применения*
Задача 1. У женщины 60 лет быстро развивается слабость в левых конечностях. При обследовании: в левых конечностях движения отсутствуют, тонус повышен в сгибателях руки и разгибателях ноги, сухожильные рефлексы оживлены, выявляется симптом Бабинского. 1. Неврологический синдром? 2. Локализации поражения? 3. Дополнительные методы исследования.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Неврологический синдром? 2. Локализации поражения? 3. Дополнительные методы исследования?	ТК
Задача 2. У мужчины 70 лет внезапно развивается слабость в левой руке. При обследовании в левой руке выявляется парез до 3-х баллов в проксимальном отделе и до пlegии в кисти, повышен тонус в сгибателях кисти и пальцев, оживлены сухожильные рефлексы, определяется симптом Гоффмана. 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?	ТК
Задача 3. Мужчину 40 лет утром после сна обнаружил слабость в левой кисти. При обследовании в левой руке выявлены невозможность тыльного сгибания кисти и пальцев, противопоставления большого пальца, мышечная гипотония, низкие рефлексы, отсутствие патологических рефлексов.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?	ТК

1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?		
Задача 4. У женщины 50 лет постепенно нарастает слабость в правой ноге. При обследовании в правой ноге выявлены парез в проксимальном отделе до 3-х баллов, в стопе – плегия, тонус повышен преимущественно в разгибателях ноги, оживление коленного и ахиллова рефлексов, симптом Бабинского. 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?	ТК
Задача 5. У мужчины 45 лет в течение 20 лет нарастает слабость в ногах. При обследовании в ногах выявляются слабость в проксимальных отделах до 4-х баллов, в стопе до 2-х баллов, выраженная атрофия мышц, особенно в дистальных отделах без фасцикуляций, отсутствие ахилловых рефлексов, снижение коленных рефлексов. 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?	ТК
Задача 6. Женщину 40 лет беспокоит слабость в руках и ногах, особенно после физических нагрузок. Утром после сна слабости не отмечает. При обследовании отмечаются парез в конечностях до 4-х баллов, мышечная гипотония, снижение сухожильных рефлексов; после небольшой физической нагрузки (10 приседаний) слабость в ногах нарастает до 2-х баллов. 1. Неврологический синдром, 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования? 4. Лечение двигательных нарушений?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Неврологический синдром, 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования? 4. Лечение двигательных нарушений?	ТК
Задача 7. У мужчины 55 лет постепенно нарастают слабость и похудание нижних, а затем и верхних конечностей. При обследовании выявляются во всех конечностях выраженные атрофии, особенно в мышцах кистей, фасцикуляции, снижение мышечного тонуса оживление рефлексов, двусторонний симптом Бабинского. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?	ТК
Задача 8. У мужчины 40 лет постепенно развивается слабость правой ноги. При обследовании в правой ноге выявляются похудание и слабость передней группы мышц бедра, отсутствие коленного рефлекса, слабость стопы, оживление ахиллова рефлекса, симптом Бабинского. 1. Неврологический синдром?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?	ТК

2. Локализация поражения?		
3. Дополнительные методы исследования?		
Задача 9. У женщины 50 лет через месяц после развития церебрального инсульта сохраняется слабость левых конечностей. Перемещается по комнате только с посторонней помощью, беспокоят боли и напряжение в мышцах левой ноги. При обследовании в левых конечностях выявляются парез в руке до 4-х баллов, в ноге до 2-х баллов с преобладанием в стопе, оживление сухожильных рефлексов, симптомы Бабинского и Россолимо, значительное повышение мышечного тонуса в разгибателях ноги. 1. Неврологический синдром? 2. Тип изменения мышечного тонуса? 3. Локализации поражения?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Неврологический синдром? 2. Тип изменения мышечного тонуса? 3. Локализации поражения?	ТК
Задача 10. Мужчина 20 лет перенёс черепно-мозговую травму в 10 лет, которая привела к слабости в левых конечностях. При обследовании в левых конечностях обнаруживаются гипотрофии и уменьшение размеров (в сравнении с правыми конечностями), снижение силы в проксимальных отделах до 3-х баллов, в дистальных – до 1-го балла, значительное повышение тонуса в сгибателях руки и разгибателях ноги, болезненные сведения мышц, оживление сухожильных рефлексов, клонус стопы и кисти, симптомы Бабинского и Россолимо. 1. Неврологический синдром? 2. Тип изменения мышечного тонуса? 3. Локализации поражения?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Неврологический синдром? 2. Тип изменения мышечного тонуса? 3. Локализации поражения?	ТК

Раздел дисциплины (тема): Экстрапирамидные двигательные расстройства.

Вид оценочного средства: Тестовые задания:

1. Изменения мышечного тонуса при паркинсонизме (2): 1. гипотония, 2. феномен «складного ножа», 3. спастичность, 4. феномен «зубчатого колеса» 5. ригидность.	1,3	ТК
2. Тремор при паркинсонизме (2): 1. наблюдается в покое, 2. усиливается при движениях, 3. усиливается при определённых позах (постуральный), 4. усиливается во сне, 5. дебютирует с дрожания головы.	1,2,3,4	ТК
3. При паркинсонизме могут наблюдаться (4): 1. редкое мигание, 2. ортостатическая гипотония, 3. деменция, 4. ретро- и латеропульсии, 5. центральный парез конечностей.	1,2	ТК
4. Для диагностики паркинсонизма обязательно наличие (2):	5	ТК

1) ригидности, 2) гипокинезии, 3) тремора, 4) постуральных нарушений, 5) вегетативных нарушений.		
5. Самая частая этиологическая форма паркинсонизма (1): 1) атеросклеротический паркинсонизм, 2) нейролептический паркинсонизм, 3) постэнцефалитический паркинсонизм, 4) посттравматический паркинсонизм, 5) идиопатический паркинсонизм.	1,2,3	ТК
6. Противопаркинсонические препараты (3): 1. наком, 2. мидантан, 3. мирапекс, 4. мидокалм, 5. сирдалуд.	4	ТК
7. Для болезни Паркинсона характерно (1): 1. начало в молодом возрасте, 2. дебют с дрожания головы, 3. внезапное развитие симптомов, 4. преобладание симптомов с одной стороны (гемипаркинсонизм).	4	ТК
8. Применение циклодола у пожилых больных паркинсонизмом может привести к (1): 1. мышечной гипотонии, 2. когнитивным нарушениям, 3. вегетативным нарушениям, 4. психотическим нарушениям (галлюцинациям).	1,2,3	ТК
9. Побочные эффекты от приёма препаратов Л-ДОФА при паркинсонизме (3): 1. гиперкинезы, 2. тошнота, 3. психотические нарушения (галлюцинации), 4. эпилептические припадки, 5. ночной энурез.	5	ТК
10. Достоверный критерий сосудистого паркинсонизма (1): 1) пожилой и старческий возраст больного, 2) отсутствие эффекта от противопаркинсонических препаратов, 3) дрожательная форма паркинсонизма, 4) акинетико-ригидная форма паркинсонизма, 5) выявление инфаркта в ножке мозга при МРТ головы.	1,3,5	ТК
11. Эссенциальный тремор (3): 1. чаще возникает в молодом возрасте, 2. сочетается с гипокинезией, 3. носит постуральный характер, 4. усиливается при приёме алкоголя, 5. усиливается при эмоциональном напряжении.	4,5	ТК
12. Эссенциальный тремор (2): 1. возникает при приёме нейролептиков, 2. возникает при приёме транквилизаторов, 3. усиливается при курении, 4. имеет семейный (наследственный) генез, 5. исчезает в период сна.	4,5	ТК
13. Лечение эссенциального тремора (2): 1. наком, 2. мидантан (амантадин), 3. циклодол, 4. пропранолол (анаприлин), 5. антелепсин (клоназепам).	1,2,3,4	ТК
14. Невротические тики (4): 1. начинаются в детском возрасте, 2. усиливаются при волнении,	4	ТК

3. локализируются в мимических мышцах, 4. проходят во сне, 5. сочетаются с копролалией.		
15. Невротические тики связываются с (1): 1) поражением чёрной субстанции, 2) поражением зрительного бугра, 3) поражением хвостатого ядра, 4) эмоциональным напряжением.	3	ТК
16. В зрелом возрасте невротики обычно (1): 1) появляются впервые в жизни, 2) усиливаются, 3) ослабевают или исчезают.	1,2,3,5	ТК
17. Для синдрома Туретта характерны (4): 1. вокальные тики, 2. генерализованные тики, 3. эффект от приёма нейролептиков, 4. феномен «зубчатого колеса», 5. копролалия.	4	ТК
18. Для мышечной дистонии наиболее характерно (1): 1. спастичность, 2. ригидность, 3. дрожание, 4. патологические позы, 5. центральные парезы конечностей.	2,3,5	ТК
19. Локальные формы мышечной дистонии (3): 1. надъядерный паралич, 2. блефароспазм, 3. писчий спазм, 4. центральный монопарез, 5. спастическая кривошея.	4	ТК
20. Лечение локальных форм мышечной дистонии (1): 1. новокаиновые блокады, 2. наком, 3. мидантан, 4. ботулинический токсин.	4,5	ТК
Вопросы 21-23 к задаче. <i>Женщина 25 лет предъявляет жалобы на дрожание пальцев рук, которое усиливается при волнении. При приёме алкоголя дрожание ослабевает, но на следующий день несколько усиливается. Объективно: дрожание в пальцах рук в покое небольшое, но оно усиливается в определённых положениях рук, особенно в пробе Ромберга; наблюдается небольшое дрожание головы; выполнение координаторных проб удовлетворительное; других изменений в неврологическом статусе нет.</i>		ТК
21. Неврологические симптомы (2): 1. атетодный гиперкинез, 2. интенционный тремор, 3. атаксия, 4. постуральный тремор, 5. тремор покоя.	3	ТК
22. Диагноз (1): 1) болезнь Паркинсона. 2) малая хорей, 3) эссенциальный тремор, 4) хорей Гентингтона, 5) невротики.	2,4	ТК
Вопросы 23-25 к задаче. <i>У мужчины 60 лет появляются и в течение года нарастают дрожание и скованность в правой руке. Объективно: гипомимия, монотонность речи, в правой руке - дрожание по типу «счёта монет», повышение тонуса мышц с феноменом «зубчатого колеса», замедление темпа движений; при ходьбе – отсутствуют</i>		ТК

<i>физиологические синкинезии в правой руке; других неврологических нарушений нет.</i>		
23. Неврологические симптомы (2): 1. спастичность, 2. ахейрокинез, 3. интенционный тремор, 4. гипокинезия, 5. сенситивная атаксия.	1	ТК
24. Диагноз (1): 1) болезнь Паркинсона, 2) эссенциальный тремор, 3) хорей Гентингтона, 4) мышечная дистония (гемисиндром), 5) гемибаллизм.	1,3	ТК
25. Лечение (2): 1. наком, 2. баклофен, 3. мирапекс, 4. клоназепам.	2	ТК
Вопросы 26-28 к задаче. <i>Юношу 16 лет в течение 10 лет беспокоят непроизвольные стереотипные движения в мышцах лица, плечевого пояса и верхних конечностей, отмечаются непроизвольные выкрикивания отдельных звуков, сопение, «хрюканье». Объективно: непроизвольные быстрые повторяющиеся движения в лице, плечевом поясе и конечностях, непроизвольные звуки по типу «хрюканья» и сопения; других неврологических нарушений нет.</i>		
26. Неврологический симптом (1): 1) атетоз, 2) тики, 3) хорей, 4) гемибаллизм, 5) постуральный тремор.	1	ТК
27. Диагноз (1): 1) синдром Туретта, 2) хорей Гентингтона, 3) малая хорей, 4) невротические тики, 5) мышечная дистония.	1	ТК
28. Лечение (1): 1) анаприлин (пропранолол), 2) наком, 3) циклодол, 4) галоперидол, 5) ботулинический токсин.	3	ТК
Вопросы 29-30 к задаче. <i>Женщину 50 лет в течение двух лет беспокоит непроизвольный поворот головы влево, усиливающийся при волнении, ходьбе и ослабевающий в покое. При обследовании отмечается непроизвольный поворот головы влево, тоническое напряжения грудинно-ключично-сосцевидной мышцы справа, при сидении больная придерживает указательным пальцем левой руки нижнюю челюсть, что уменьшает степень поворота головы; других неврологических нарушений нет.</i>		ТК
29. Диагноз (1): 1) болезнь Паркинсона, 2) хорей Гентингтона, 3) мышечная дистония, 4) малая хорей, 5) синдром Туретта.	5	ТК
30. Лечение (1): 1) пропранолол,	5	ТК

2) амантадин, 3) пимозид , 4) галоперидол, 5) ботулинический токсин.		
---	--	--

Вид оценочного средства: Ситуационные задачи:

Задача 1. Женщина 35 лет предъявляет жалобы на дрожание пальцев рук и головы, которые усиливаются при волнении. При приёме алкоголя дрожание ослабевает. Дрожание рук и головы отмечается и у матери пациентки с молодого возраста. Объективно: в покое дрожание в пальцах рук минимально, но оно усиливается при определённых статических нагрузках, особенно при вытягивании рук вперёд и разведении пальцев; наблюдается минимальное дрожание головы; мышечный тонус не изменен, координаторные пробы в конечностях выполняет без грубых нарушений; других изменений в неврологическом статусе нет. 1. Неврологический синдром? 2. Предполагаемое заболевание?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Предварительный клинический диагноз? Правильно описан синдромальный и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 2. У больного шизофренией, принимающего большие дозы нейролептиков, стали отмечаться замедленность движений и падения. При обследовании: гипомимия лица, монотонность речи, замедление темпа движений в конечностях при сохранении их силы, мышечная ригидность, рефлексy средней живости, патологических рефлексy нет; ходьбе замедлена. 1. Неврологический синдром? 2. Причина развития двигательных нарушений? 3. Врачебная тактика?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Предварительный клинический диагноз? Правильно описана врачебная тактика.	ТК
Задача 3. Мужчину 65 лет беспокоят дрожание и скованность в конечностях, больше в левых. Считает себя больным в течение 5 лет, когда появились дрожание и скованность в левой руке. Заболевание постепенно прогрессирует, присоединились скованность в левой ноге, а затем дрожание и скованность в правой руке. Объективно: гипомимия, монотонность речи, в руках, более значительно в левой, - дрожание по типу «счёта монет», повышение тонуса мышц с феноменом «зубчатого колеса», замедление темпа движений; в левой ноге – повышение тонуса по типу ригидности и гипокинезия; рефлексy средней живости, симметричные, патологических рефлексy нет. 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Предполагаемое заболевание?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Описан топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз.	ТК
Задача 4. Мужчину 45 лет в течение полугода беспокоит произвольный поворот головы вправо, усиливающийся при волнении, ходьбе и ослабевающий в покое. При обследовании отмечается	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Предварительный клинический диагноз?	ТК

непроизвольный поворот головы вправо, тоническое напряжения грудинно-ключично-сосцевидной мышцы слева, при сидении больной придерживает указательным пальцем правой руки нижнюю челюсть, что уменьшает степень поворота головы; рефлексy средней живости, патологических рефлексов нет, координация и чувствительность в норме. 1. Неврологический синдром? 2. Предполагаемое заболевание?		
Задача 5. У женщины 45 лет появились и в течение двух лет нарастают непроизвольные быстрые движения в лице и конечностях. У мамы больной аналогичные расстройства появились в 40 лет, они прогрессировали, сопровождались нарушением ходьбы, слабоумием и привели к смерти в 55 лет. При обследовании больной выявляются быстрые непроизвольные движения в лице, туловище и конечностях, они затрудняют ходьбу и движения; тонус мышц конечностей мало изменён, рефлексy средней живости, симметричные, патологических рефлексов нет. 1. Неврологический синдром? 2. Предполагаемое заболевание? 3. Прогноз заболевания?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Предварительный клинический диагноз? Правильно описан прогноз заболевания, и описана врачебная тактика.	ТК
Задача 6. У женщины 25 лет в период беременности появились непроизвольные быстрые движения в лице, туловище и конечностях. В возрасте 18 лет была ревматическая атака, после которой в течение года наблюдались аналогичные расстройства. Объективно: непроизвольные быстрые хаотичные движения в лице и конечностях, которые несколько затрудняют обычные движения, тонус меняется в конечностях от гипотонии до лёгкой ригидности, рефлексy средней живости, патологических рефлексов нет. 1. Неврологический синдром? 2. Предполагаемое заболевание? 3. Врачебная тактика и прогноз?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Предварительный клинический диагноз? Правильно описана врачебная тактика и прогноз.	ТК
Задача 7. Девушку 18 лет в течение 10 лет беспокоят непроизвольные стереотипные движения в мышцах лица, плечевого пояса и верхних конечностей, отмечаются непроизвольные выкрикивание отдельных звуков, сопение, «хрюканье». Объективно: непроизвольные быстрые повторяющиеся движения в лице, плечевом поясе и конечностях, непроизвольные звуки по типу «хрюканья» и сопенья; изменений мышечного тонуса, рефлексов не найдено. 1. Неврологический синдром? 2. Предполагаемое заболевание? 3. Лечение и прогноз?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Предварительный клинический диагноз? Описаны лечение и прогноз.	ТК
Задача 8. Девушку 18 лет беспокоят непроизвольные движения в мышцах лица, преимущественно частое моргание левого глаза. Эти нарушения отмечаются с 10 лет, усиливаются при волнении. Объективно: отмечается периодически возникающее ритмическое сокращение круговой мышцы обоих глаз, больше слева; других	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Предварительный клинический диагноз? Описаны врачебная тактика и прогноз.	ТК

неврологических нарушений нет. 1. Неврологический синдром? 2. Предполагаемое заболевание? 3. Врачебная тактика и прогноз?		
Задача 9. Мужчина 25 лет отмечает скованность в конечностях и периодически непроизвольные движения в них в течение двух лет. При обследовании выявляются общая гипокинезия, повышение мышечного тонуса по типу ригидности, непроизвольные медленные тонические движения в правой руке, более значительное в кисти. МРТ головы не выявила существенных изменений. При консультации окулиста обнаружено кольцо Кайзер-Флейшнера. 1. Неврологический синдром? 2. Предполагаемое заболевание? 3. Врачебная тактика и прогноз?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Предварительный клинический диагноз? Описаны врачебная тактика и прогноз.	ТК
Задача 10. Мужчину 20 лет беспокоят напряжение и непроизвольные движения в мышцах туловища и левых конечностях, которые сильно затрудняют ходьбу. Больным себя считает с 10 лет, когда сначала при физических нагрузках, а затем и при обычной ходьбе стал отмечать непроизвольное напряжение мышц в левой ноге, затрудняющее движения. Двигательные нарушения нарастали, появились в руке и мышцах туловища, стало трудно ходить. При обследовании отмечаются непроизвольные медленные движения в левых конечностях и туловище, при ходьбе возникает непроизвольный поворот туловища и головы влево, что затрудняет ходьбу, в левых конечностях тонус меняется от ригидности до мышечной гипотонии, рефлексы низкие и симметричные. МРТ головы не выявила изменений. 1. Неврологический синдром? 2. Предполагаемое заболевание? 3. Врачебная тактика и прогноз?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Предварительный клинический диагноз? Описаны врачебная тактика и прогноз.	ТК

Раздел дисциплины (тема): Нарушения координации.

Вид оценочного средства: Тестовые задания:

1. Для мозжечковой атаксии характерны (3): 1. интенционный тремор, 2. значительное усиление атаксии при закрытых глазах, 3. нистагм, 4. оживление сухожильных рефлексов, 5. мышечная гипотония.	1,3,5	ТК
1) Мозжечковая атаксия может возникнуть при поражении (3): 1. задних канатиков спинного мозга, 2. полушарий мозжечка, 3. ножек мозжечка, 4. внутренней капсулы, 5. червя мозжечка.	2,3,5	ТК
2. Для сенситивной атаксии характерны (2): 1. скандированная речь, 2. значительное усиление атаксии при закрытых глазах, 3. нистагм,	2,4	ТК

Вопросы 13-14 к задаче. <i>У пациента мышечная гипотония, асинергия Бабинского, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, координаторные пробы в конечностях без грубых нарушений, чувствительных расстройств нет.</i> 13. Тип атаксии (1): 1) мозжечковая, 2) вестибулярная, 3) сенситивная, 4) лобная, 5) смешанная (мозжечковая+сенситивная). 14. Локализация поражения (1): 1) правое полушарие мозжечка, 2) левое полушарие мозжечка, 3) спинной мозг, 4) червь мозжечка, 5) теменная доля.	1 4	ТК
Вопросы 15-17 к задаче. <i>У пациента гипестезия в ногах по типу «носков», отсутствие ахилловых рефлексов; неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, усиливающаяся при закрытых глазах.</i> 15. Неврологические нарушения (2): 1. сенситивная атаксия, 2. нижний центральный паразетез, 3. полиневропатический тип расстройств чувствительности, 4. мозжечковая атаксия, 5. вестибулярная атаксия. 16. Локализация поражения (1): 1) периферические нервы, 2) задние канатики спинного мозга, 3) ствол мозга, 1) червь мозжечка, 1) лабиринт. 17. Дополнительный метод исследования (1): 1) магнитно-резонансная томография головы, 2) компьютерная томография головы, 3) магнитно-резонансная томография спинного мозга, 4) магнитная стимуляция головного мозга, 5) электронейромиография.	1,3 1 5	ТК
Вопросы 18-20 к задаче. <i>У пациента в ногах утрачена глубокая чувствительность (болевая и температурная чувствительность сохранена), отсутствуют коленные и ахилловы рефлексы, мышечная гипотония, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, усиливающаяся при закрытых глазах.</i> 18. Неврологические нарушения (2): 1. сегментарно-корешковый тип расстройств чувствительности, 2. сегментарно-диссоциированный тип расстройств чувствительности, 3. спинальный проводниковый тип расстройства чувствительности, 4. мозжечковая атаксия, 5. сенситивная атаксия. 19. Локализация поражения (1): 1) периферические нервы, 2) задние канатики спинного мозга, 3) передняя серая спайка, 4) червь мозжечка, 5) задние корешки. 20. Дополнительный метод исследования (1): 1) магнитно-резонансная томография головы, 2) магнитно-резонансная томография спинного мозга,	3,5 2	ТК

[illegible]

<i>пробе Ромберга и при ходьбе не устойчив, с закрытыми глазами стоять не может, интенционный тремор в конечностях, сила в конечностях достаточная.</i> 28. Неврологические синдромы (2): 1. полиневропатический тип расстройств чувствительности, 2. смешанная (сенситивная+мозжечковая) атаксия, 3. вестибулярная атаксия, 4. нижний периферический паразепарез, 5. нижний центральный паразепарез. 29. Локализация поражения (2): 1. задние канатики спинного мозга, 2. боковые канатики спинного мозга, 3. периферические нервы, 4. передние корешки спинного мозга, 5. мозжечок. 30. Дополнительные методы исследования (2): 1. магнитно-резонансная томография головы, 2. магнитно-резонансная томография спинного мозга, 3. электронейромиография, 4. магнитная стимуляция головного мозга.	1,2 3,5 1,3	
--	----------------------------------	--

Вид оценочного средства: Ситуационные задачи:

Задача 1. Мужчина 45 лет в течение последнего года отмечает шаткость походки, неловкость в левых конечностях. Объективно: в левых конечностях – сила достаточная, мышечная гипотония, снижение рефлексов, интенционный тремор при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной проб, дисдиадохкинез; в пробе Ромберга и при ходьбе – пошатывание с отклонением влево. 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 2. У женщины 50 лет в течение последнего года отмечаются шаткость при ходьбе, периодические падения. При обследовании обнаружены вертикальный нистагм, скандированная речь, низкий мышечный тонус, асинергия Бабинского, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе с отклонением вперед или назад; сила в конечностях достаточная, патологических рефлексов нет, чувствительных нарушений нет, координаторные пробы в конечностях выполняет удовлетворительно. 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 3. Мужчину 40 лет, длительное время злоупотребляющего алкоголем, беспокоят боли и онемение ног, шаткость при ходьбе, периодические падения. Объективно: сила в конечностях достаточная, ослаблены все виды чувствительности в ногах по типу «носков», выявляется гипотония мышц в ногах, отсутствуют ахилловы рефлексy, в пробе Ромберга и при ходьбе несколько неустойчив; когда закрывает глаза, шаткость резко возрастает; координаторные пробы в конечностях выполняет удовлетворительно с	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК

открытыми глазами, но при закрытых глазах промахивается при выполнении пяточно-коленной пробы. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?		
Задача 4. Женщину 60 лет, перенесшую два года назад тотальную резекцию желудка по поводу язвенной болезни, беспокоит неустойчивость при ходьбе. Объективно: сила в конечностях достаточная, в ногах резко ослаблены суставно-мышечное чувство и вибрационная чувствительность, отсутствуют коленные и ахилловы рефлексы, выявляется мышечная гипотония; в пробе Ромберга и при ходьбе с открытыми глазами отмечается лёгкая неустойчивость, с закрытыми глазами стоять и ходить не может из-за выраженной неустойчивости, при открытых глазах координаторные пробы в конечностях выполняет удовлетворительно, при закрывании глаз промахивается при выполнении пяточно-коленной пробы. 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 5. Женщину 25 лет в течение последнего года беспокоят нечёткость речи, слабость в ногах, шаткость походки, императивные позывы на мочеиспускание. Объективно: вертикальный нистагм, скандированная речь, снижение силы в ногах до 4-х баллов с повышением мышечного тонуса и оживлением рефлексов, двусторонний симптом Бабинского; в левых конечностях интенционный тремор при пальце-носовой и пяточно-коленной „дисдиадохокinez слева, других неврологических нарушений нет. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 6. Мужчину 30 лет беспокоит шаткость походки, которая нарастает в течение 10 лет. Прогрессирующее нарушение походки отмечалось у его родственников, приводя их к инвалидности. Объективно: вертикальный нистагм, скандированная речь, интенционный тремор при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленных проб, дисметрия, дисдиадохокinez, асинергия Бабинского; пошатывание в пробе Ромберга и при ходьбе; других неврологических нарушений нет. 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 7. У женщины 70 лет отмечаются неправильности поведения, неустойчивость при стоянии и ходьбе, которые, постепенно прогрессируя в течение нескольких месяцев, лишили её возможности самостоятельного передвижения. Объективно: снижение интеллекта, агрессивность, отсутствие контроля мочеиспускания, утрата способности сидеть,	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК

стоять и ходить; парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?		
Задача 8. У женщины 75 лет в течение последних 5 лет наблюдается периодическое головокружение в виде ощущения вращения собственного тела и окружающих предметов. Приступы обычно возникают при резких поворотах головы, продолжаются несколько секунд, сопровождаются тошнотой. При обычном обследовании неврологических нарушений нет, устойчива в пробе Ромберга и при ходьбе, однако при повороте головы влево возникают кратковременные головокружение и горизонтальный нистагм. 1. Тип головокружения? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1. Тип головокружения? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 9. У женщины 60 лет, длительное время страдающей артериальной гипертензией, остро возникает сильное головокружение, ощущение вращения окружающих предметов, тошнота, рвота. Объективно: вертикальный нистагм, мышечная гипотония, снижение всех сухожильных рефлексов, асинергия Бабинского; парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет. 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 10. Мужчину 50 лет, страдающего хроническим алкоголизмом, беспокоят шаткость при ходьбе, периодические падения. Объективно: ослаблены все виды чувствительности в ногах по типу «носков», выявляется гипотония в мышцах ног, отсутствуют ахилловы рефлексы; в пробе Ромберга не стоит, ходить может только с поддержкой, при пяточно-коленной пробе наблюдается грубый интенционный тремор, определяется асинергия Бабинского; парезов и других неврологических нарушений нет. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы исследования?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК

Раздел дисциплины (тема): Расстройства чувствительности.

Вид оценочного средства: Тестовые задания:

1. Виды глубокой чувствительности (2): 1) суставно-мышечное чувство, 2) болевая чувствительность, 3) вибрационная чувствительность, 4) температурная чувствительность.	1,3	ТК
2. Виды поверхностной чувствительности (3): 1) болевая, 2) тактильная, 3) температурная, 4) вибрационная.	1-3	ТК
3. Первый нейрон пути поверхностной чувствительности расположен в (1):	2	ТК

1) коже, 2) межпозвонковом ганглии, 3) заднем роге спинного мозга, 4) зрительном бугре, 5) постцентральной извилине.		
4. Третий нейрон пути глубокой чувствительности расположен в (1): 1) мышце, 2) межпозвонковом ганглии, 3) заднем роге спинного мозга, 4) зрительном бугре, 5) постцентральной извилине.	4	ТК
5. Ощущение «ползания мурашек» вне внешнего раздражения – это (1): 1) гиперпатия, 2) гиперестезия, 3) парестезии, 4) аллодиния, 5) гипералгезия.	3	ТК
6. Сегментарно-диссоциированный тип расстройств чувствительности возникает при поражении (2): 1. задних канатиков спинного мозга, 2. задних рогов спинного мозга, 3. боковых канатиков спинного мозга, 4. передней серой спайки.	2,4	ТК
7. Нарушение чувствительности по типу «перчаток» и «носок» возникает при поражении (1): 1) периферических нервов, 2) задних корешков спинного мозга, 3) задних рогов спинного мозга, 4) передней серой спайки, 5) задних канатиков спинного мозга.	1	ТК
8. Гемигипестезия возникает при поражении (2): 1. внутренней капсулы, 2. передней серой спайки, 3. зрительного бугра, 4. задних канатиков спинного мозга.	1,3	ТК
9. При поражении задних канатиков спинного мозга может наблюдаться (3): 1) мышечная гипотония, 2) гипорефлексия, 3) сенситивная атаксия, 4) периферический парез конечности, 1) интенционный тремор.	1-3	ТК
10. При поражении спиноталамического пути утрачивается (2): 1. болевая чувствительность, 2. тактильная чувствительность, 3. температурная чувствительность, 4. вибрационная чувствительность, 5. стереогностическое чувство.	1,3	ТК
11. Спинальный проводниковый тип расстройств чувствительности возникает при поражении (1): 1. боковых канатиков спинного мозга, 2. задних рогов спинного мозга, 3. боковых рогов спинного мозга, 4. передних канатиков спинного мозга, 5. внутренней капсулы.	1	ТК
12. Какие виды чувствительности утрачиваются при поражении задних рогов спинного мозга (2): 1. болевая, 2. тактильная, 3. температурная,	1,3	ТК

4. вибрационная, 5. суставно-мышечное чувство.		
13. Какие виды чувствительности утрачиваются при поражении задних канатиков спинного мозга (3): 1. болевая, 2. вибрационная, 3. температурная, 4. тактильная, 5. суставно-мышечное чувство.	2,4,5	ТК
14. К антиноцицептивной системе относят (2): 1. субстанцию Р, 2. эндорфины, 3. гистамин, 4. энкефалины.	2,4	ТК
15. Система «воротного контроля боли» локализуется на уровне (1): 1) периферических нервов, 2) задних корешков, 3) задних рогов, 4) спиноталамического тракта, 5) задних канатиков спинного мозга.	1	ТК
16. Невропатическая боль возникает при поражении (3): 1) болевых рецепторов, 2) периферического нерва, 3) передних рогов спинного мозга, 4) задних корешков спинного мозга, 5) зрительного бугра.	2,4,5	ТК
17. Типы боли (2): 1. ассоциированная, 2. ноцицептивная, 3. диссоциированная, 4. идиопатическая, 5. психогенная.	2,5	ТК
18. Гиперпатия характерна для поражения (1): 1. заднего корешка, 2. бокового канатика спинного мозга, 3. переднего канатика спинного мозга, 4. заднего канатика спинного мозга, 5. зрительного бугра.	1	ТК
19. Лечение центральной боли (2): 1. большие дозы ненаркотических анальгетиков, 2. карбамазепин (финлепсин), 3. наркотические анальгетики, 4. антидепрессанты (амитриптилин).	1,3	ТК
20. Истинный (первичный) астереогноз возникает при поражении (1): 1. задних рогов спинного мозга, 2. задних канатиков спинного мозга, 3. зрительного бугра, 4. теменной доли, 5. лобной доли.	4	ТК
Вопросы 21-22 к задаче. <i>У больного выявляется нарушение болевой и температурной чувствительности в виде «куртки», других нарушений нет.</i> 21. Тип нарушения чувствительности (1): 1) мононевропатический, 2) полиневропатический, 3) сегментарно-корешковый, 4) сегментарно-диссоциированный, 5) проводниковый.	4	ТК
22. Локализация поражения (2): 1. периферический нерв, 2. задние рога спинного мозга,	2,4	ТК

3. задние корешки, 4. передняя серая спайка.		
Вопросы 23-24 к задаче. <i>У больного нарушены все виды чувствительности в ногах по типу «гольфа», отсутствуют ахилловы рефлекс.</i> 23. Тип нарушения чувствительности (1): 1) мононевропатический, 2) полиневропатический, 3) сегментарно-корешковый, 4) сегментарно-диссоциированный, 1) спинальный проводниковый.	2	ТК
24. Локализация поражения (1): 1) периферические нервы, 2) задние корешки, 3) боковые канатики спинного мозга, 4) задние канатики спинного мозга, 5) передняя серая спайка.	1	ТК
Вопросы 25-26 к задаче. <i>Больного беспокоят шаткость при ходьбе, падения. Объективно: утрачены суставно-мышечное чувство в обеих ногах, отсутствуют ахилловы и коленные рефлексы, тонус мышц низкий; в пробе Ромберга и при ходьбе пошатывание, которое значительно усиливается, если больной закрывает глаза.</i> 25. Тип нарушения чувствительности (1): 1) полиневропатический, 2) сегментарно-корешковый, 3) сегментарно-диссоциированный, 4) спинальный проводниковый, 5) корковый.	4	ТК
26. Локализация поражения: 1) периферические нервы, 2) задние корешки, 3) задние рога спинного мозга, 4) задние канатики спинного мозга, 5) боковые канатики спинного мозга.	2	ТК
Вопросы 27-28 к задаче. <i>У больного утрачены все виды чувствительности на левой половине тела, в левой руке и ноге.</i> 27. Тип нарушения чувствительности (1): 1) сегментарно-корешковый, 2) сегментарно-диссоциированный, 3) полиневропатический, 4) спинальный проводниковый, 5) церебральный. 1)	1	ТК
28. Локализация поражения (2): 1. поперечник спинного мозга, 2. внутренняя капсула, 3. верхние отделы постцентральной извилины, 4. зрительный бугор.	2,4	ТК
Вопросы 29-30 к задаче. <i>Больного беспокоят боли в поясничной области и по задней поверхности левой ноги. Объективно: утрачены все виды чувствительности в виде «лампаса» по задней поверхности левой ноги и наружному краю стопы, отсутствует левый ахиллов рефлекс.</i> 29. Тип нарушения чувствительности (1): 1) сегментарно-корешковый, 2) сегментарно-диссоциированный, 3) полиневропатический, 4) мононевропатический, 5) спинальный проводниковый.	2	ТК

30. Локализация поражения (1): 1) задний пятый поясничный корешок, 2) задний первый крестцовый корешок, 3) малобецовый нерв, 4) большебецовый нерв, 5) бедренный нерв.	2	ТК
--	---	----

Вид оценочного средства: Ситуационные задачи:

Задача 1. Мужчина 40 лет предъявляет жалобы на боли, ощущение онемения и покалывания в обеих стопах, и пошатывание при ходьбе. Объективно: снижены все виды чувствительности по типу носков в нижних конечностях, коленные рефлексы низкие, ахилловы рефлексы отсутствуют, в пробе Ромберга и при ходьбе отмечается пошатывание, которое значительно усиливается, когда больной закрывает глаза. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы обследования?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы обследования? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 2. Женщину 60 лет беспокоят боли, ощущение онемения и покалывания в пальцах левой руки. Объективно: снижение всех видов чувствительности на ладонной поверхности большого, указательного и среднего пальца левой кисти, болезненность при перкуссии области левого запястного сустава с иррадиацией в указательный палец, других нарушений нет. 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы обследования?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы обследования? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 3. Мужчину 40 лет беспокоят боли в поясничной области и по задней поверхности правой ноги. Объективно: снижение всех видов чувствительности в виде вертикальной полосы по задне-наружной поверхности правой ноги (по типу «лампаса»), отсутствие правого ахиллова рефлекса, других нарушений нет. 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы обследования?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы обследования? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 4. Женщину 50 лет беспокоит ощущение онемения и покалывания по наружной поверхности левого бедра. Объективно: легкое снижение всех видов чувствительности в верхней части передне-наружной поверхности левого бедра, других нарушений нет. 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы обследования?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы обследования? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 5. Мужчина 25 лет после огнестрельного ранения в левую руку, приведшего к поражению срединного нерва, беспокоят сильные боли и отечность руки. Объективно: движение левой руки ограничено из-за болей в руке, которые больному трудно локализовать, отмечаются отечность и бледность левой руки, преимущественно в кисти, утрата всех видов чувствительности на ладонной поверхности большого,	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы обследования? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК

указательного и среднего пальцев левой руки. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы обследования?		
Задача 6. Мужчину 30 лет беспокоят боли в обеих руках. Объективно: нарушение болевой и температурной чувствительности в виде «куртки» при сохранности глубоких видов чувствительности, снижение рефлексов на руках, рубцы от перенесенных «безболевого» ожогов на руках, других нарушений нет. 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Лечение боли?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1.Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3.Лечение боли? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 7. Женщину 45 лет беспокоят шаткость при ходьбе, падения, ощущение «подушки» под ногами. Объективно: в обеих ногах утрачены суставно-мышечное чувство и вибрационная чувствительность при сохранении болевой и температурной чувствительности, отсутствуют ахилловы и коленные рефлексы, тонус мышц низкий; в пробе Ромберга и при ходьбе наблюдается пошатывание, которое значительно усиливается, когда больной закрывает глаза. 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы обследования?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1.Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 8. Женщину 60 лет беспокоят боли, ощущение жжения, покалывания в левых конечностях, левой половине лица и туловища. Объективно: снижены все виды чувствительности в левых конечностях, на левой половине лица и туловища, порог болевой чувствительности резко повышен, болевое раздражение трудно локализовать, после его нанесения остаётся неприятное ощущение, мышечный тонус и рефлексы в левых конечностях несколько снижены. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы обследования?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1.Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3.Дополнительные методы обследования? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 9. Мужчина 70 лет предъявляет жалобы на онемение в левой руке и левой половине лица. Объективно: ослабление всех видов чувствительности в левой руке и на левой половине лица, снижение тонуса мышц и рефлексов в левой руке, других нарушений нет. 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы обследования?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1.Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 10. У женщины 50 лет возникло онемение левой стопы, которое в течение недели поднялось до реберной дуги. Объективно: снижены болевая и температурная чувствительность в левой ноге и левой половине туловища до уровня Th10, других нарушений нет. 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Дополнительные методы обследования?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1.Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК

-способность обрабатывать и анализировать данные психодиагностического обследования пациента, формулировать развернутое структурированное психологическое заключение, информировать пациента (клиента) и медицинский персонал (заказчика услуг) информацией о результатах диагностики и предлагаемых рекомендациях (ПК-4);

Раздел дисциплины (тема): Нарушения высших мозговых функций.

Вид оценочного средства: Тестовые задания:

1. Афазия – это (1): 1) неразборчивость речи в результате нечеткости произношения, 2) нарушение распознавания сенсорных образов, 3) утрата речевых способностей как способа выражения мысли, 4) нарушение памяти на текущие события, 5) нарушение сложных целенаправленных движений.	3	ТК
2. Быстрая и обильная речь с большим количеством "оговорок" (парафазий), трудности понимания обращенной речи – это (1): 1) сенсорная афазия, 2) моторная афазия, 3) амнестическая афазия, 4) семантическая афазия, 5) дизартрия.	1	ТК
3. Корсаковский синдром включает (2): 1) прогрессирующую амнезию, 2) апраксию, 3) фиксационную амнезию, 4) конфабуляции, 5) семантическую афазию.	3, 4	ТК
4. Признаки кинестетической апраксии (3): 1) ошибки пространственной организации движений, 2) невозможность воспроизвести заданную позу пальцев, 3) нарушение понимания жестов, 4) нарушение последовательности действий, 5) нарушение чтения.	1-3	ТК
5. Признаки поражения лобных долей головного мозга (3): 1) динамическая афазия, 2) нарушение схемы тела, 3) вербальные и двигательные персеверации, 4) отчуждение смысла слов, 5) аномия.	1, 3, 5	ТК
6. Апраксия – это (1): 1) нечеткость произношения (неразборчивость речи), 2) нарушение распознавания сенсорных образов, 3) утрата речевых способностей как средства выражения мысли, 4) нарушение координации движений, 5) нарушение сложных двигательных актов.	5	ТК
7. Скудная, грамматически неправильная речь с малым количеством глаголов, длительные паузы при подборе слова, слова-эмболы – это (1): 1) сенсорная афазия, 2) моторная афазия, 3) амнестическая афазия, 4) семантическая афазия, 5) скандированная речь.	2	ТК

8. Факторы риска транзиторных ишемических атак: (4) 1) пожилой возраст, 2) гиперхолестеринемия, 3) хронические головные боли напряжения, 4) курение, 5) сахарный диабет	1,2,5	ТК
9. Для регуляторной (лобной) апраксии характерны (2): 1) нарушение последовательности действий, 2) ошибки пространственной организации движений, 3) perseverации, 4) невозможность воспроизвести заданную позу пальцев.	1,3	ТК
10. Синдромы поражения височной доли доминантного полушария (3): 1) акустическая агнозия, 2) сенсорная афазия, 3) амнестическая афазия, 4) моторная афазия, 5) астереогноз.	1-3	ТК
11. Агнозия – это (1): 1) нечеткость речи (неразборчивость произношения), 2) нарушение распознавания сенсорных образов, 3) утрата речевых способностей как способа выражения мысли, 4) нарушение памяти на текущие события, 5) нарушение сложных двигательных актов.	2	ТК
12. Для семантической афазии характерно (1): 1) трудности называния предметов по показу, 2) парафазии, 3) нарушение памяти на текущие события, 4) нарушение памяти на отдалённые события, 5) нарушение понимания грамматических конструкций.	5	ТК
13. Выраженные нарушения памяти на текущие события – это (1): 1) антероградная амнезия, 2) ретроградная амнезия, 3) фиксационная амнезия, 4) транзиторная глобальная амнезия, 5) анозогнозия.	4	ТК
14. Признаки зрительно-пространственной агнозии (4): 1) нарушение узнавания предметов, 2) нарушение ориентировки на местности, 3) нарушение узнавания лиц, 4) невозможность определить время по часам со стрелкой, 5) астереогноз.	1-4	ТК
15. Признаки поражения теменной доли доминантного полушария (3): 1) зрительно-пространственная агнозия, 2) кинестетическая апраксия, 3) акалькулия, 4) вербальные и двигательные perseverации, 5) астереогноз.	2,3,5	ТК
16. Транзиторная глобальная амнезия – это (1): 1) выраженные прогрессирующие нарушения памяти, 2) переходящее состояние спутанного сознания с дезориентировкой в	4	ТК

месте, 3) кратковременная афазия, 4) преходящее нарушение памяти на текущие и отдаленные события, 5) кратковременная утрата сознания с падением мышечного тонуса.		
17. Признаки амнестической афазии (1): 1) уменьшение беглости и плавности речи, 2) нарушения памяти на текущие события, 3) нарушение понимания грамматических конструкций, 4) трудности называния предметов по показу, 5) нарушение счёта.	4	ТК
18. Нарушение памяти на события, предшествующие черепно-мозговой травме – это (1): 1) транзиторная глобальная амнезия, 2) ретроградная амнезия, 3) антероградная амнезия, 4) конфабуляции, 5) синдром «уже виденного» ("deja vu").	3	ТК
19. Признаки первичного астереогноза (1): 1) нарушение схемы тела, 2) нарушение тактильной чувствительности, 3) нарушение глубокой чувствительности, 4) невозможность узнавания предметов на ощупь, 5) трудности называния предметов по показу.	4	ТК
20. Синдромы поражения вторичных корковых зон затылочных долей головного мозга (3): 1) зрительно-пространственная агнозия, 2) прозапагнозия, 3) синдром игнорирования половины пространства, 4) зрительно-предметная агнозия, 5) акалькулия.	1,2,4	ТК
21. Корсаковский синдром – это (1): 1) выраженные прогрессирующие нарушения памяти, 2) сочетание апракто-агностических и речевых нарушений, 3) нарушение памяти преимущественно на отдаленные события, 4) фиксационная амнезия, псевдореминесценции, конфабуляции, 5) преходящие нарушения памяти на текущие и отдаленные события.	4	ТК
22. Признаки моторной афазии (3): 1) вербальные персеверации, 2) уменьшение беглости и плавности речи, 3) нарушение счёта, 4) дисграфия, 5) отчуждение смысла слов.	1,2,4	ТК
23. «Воспоминания» событий, которые никогда не происходили – это (1): 1) конфабуляции, 2) синдром «уже виденного» ("deja vu"), 3) псевдореминесценции, 4) амнестическая афазия, 5) прозапагнозии.	1	ТК
24. Невозможность воспроизвести серию из трех последовательных движений, персеверации при их выполнении характерны для (1): 1) гиперкинетического синдрома, 2) конструктивной апраксии, 3) кинестетической апраксии, 4) лобной апраксии,	4	ТК

5) мозжечковой атаксии.		
25. Для поражения субдоминантного полушария характерны (2): 1) невозможность различать правую и левую сторону, 2) синдром игнорирования половины пространства, 3) фрагментарность восприятия, 4) синдром "чужой руки", 5) моторная афазия	2,4	ТК
26. Проявления двустороннего поражения структур гиппокампового комплекса (2): 1) нарушения памяти на текущие события, 2) семантическая афазия, 3) корсаковский синдром, 4) снижение критики, импульсивное поведение, 5) кинестетическая апраксия.	1,3	ТК
27. Признаки сенсорной афазии (3): 1) отчуждение смысла слов, 2) парафазии, 3) дисграфия, 4) уменьшение беглости и плавности речи, 5) скандированная речь.	1-3	ТК
28. Признаки транзиторной глобальной амнезии (1): 1) антероградная амнезия, 2) ретроградная амнезия, 3) фиксационная амнезия, 4) конфабуляции, 5) астереогноз.	3	ТК
29. К соматическим агнозиям относятся (2): 1) аутоагнозия, 2) астереогноз, 3) пальцевая агнозия, 4) прозапагнозия.	1,3	ТК
30. Признаки поражения ассоциативных корковых зон теменных долей головного мозга (2): 1) нарушения памяти на текущие события, 2) семантическая афазия, 3) корсаковский синдром, 4) нарушение схемы тела, 5) зрительная агнозия.	2,4	ТК

Вид оценочного средства: Ситуационные задачи:

Задача 1. Больной 72 лет, длительное время страдавший артериальной гипертензией, внезапно почувствовал слабость в правой руке и, в меньшей степени, в правой ноге, трудности подбора нужного слова при разговоре. При осмотре: больной в ясном сознании, правильно ориентирован в месте и времени, адекватен, выполняет все просьбы и инструкции врача. Собственная речь больного значительно затруднена: говорит отдельными словами, между которыми делает длительные паузы, слова грамматически не связаны между собой. Употребляет, в основном, существительные, которые произносит не всегда правильно: нередко повторы отдельных звуков или слогов слова (например, говорит "рукур" вместо "рука"). Аналогичные ошибки отмечаются при повторении предложений или сложных слов за врачом. Попытка выразить свои мысли письменно также	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Локализация поражения? Дополнительные методы обследования? Как объяснить нарушение письменной речи? Дополнительные методы обследования? Правильно описан синдромальный, топический.	ТК
---	--	----

безуспешна. Выявляются парез нижней части мимических мышц справа, девиация языка вправо, правосторонний гемипарез с преобладанием в руке, повышением рефлексов и симптомом Бабинского.		
Задача 2. Больная 69 лет в течение 20 лет страдает артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца. Однажды утром пожаловалась родственникам на плохое самочувствие, но не смогла конкретизировать свои жалобы. На вопросы отвечала невпопад и не всегда понятно. Обратились за медицинской помощью. При осмотре: больная в ясном сознании, растеряна, пытается объясниться, но речь больной непонятна, так как она "путает" близкие по звучанию слоги (например, "год" и "кот" "ба" "па" и др). Попытка выразить свои мысли письменно также безуспешна. Просьба повторить за врачом фразу или отдельные слова встречает у больной недоумение. Другие просьбы и инструкции врачей больная также не выполняет или выполняет неправильно. Выявляются легкая (до 4 баллов) слабость в правых конечностях, повышение рефлексов справа, утрата всех видов чувствительности на правой стороне тела.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологический синдром и топический диагноз? Дополнительные методы исследования? Правильно описан синдромальный, топический диагноз.	ТК
Задача 3. Больная 75 лет испытывает трудности в разговоре при подборе нужного слова. Впервые заметила подобные трудности около года назад, за это время они несколько усилились. В последние годы отмечает несколько повышенную забывчивость, что объясняет своим возрастом. Два года назад ездила в гости к старой подруге и с большим трудом нашла дорогу домой. После этого эпизода старается одна не уходить далеко. В последнее время вообще редко выходит из дома, так как в подъезде поставили новый кодовый замок, с которым пациентке сложно обращаться. При анализе речевого статуса обращает на себя внимание то, что пациентка старается избегать существительных, заменяя их местоимениями. Наиболее трудно больной "вспомнить" как называется тот или иной предмет, нередко она путает названия: например, говорит вместо "очки" "часы" и др. Подсказка первого звука сразу же помогает больной точно назвать предмет. Она может свободно повторять как отдельные слова, так и достаточно сложные фразы. Понимание простых фраз и команд не нарушено, грамматически сложная речь иногда вызывает некоторые трудности. Других изменений в неврологическом статусе нет.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологические синдромы? Топический диагноз? Дополнительные методы обследования? Правильно описан синдромальный, топический.	ТК
Задача 4. Больной 62 лет, длительно страдавший артериальной гипертензией, перенес несколько инсультов с относительно хорошим восстановлением двигательных нарушений. В течение последнего года отмечены неразборчивость речи, нарушение памяти, затруднения при самообслуживании. Больной отмечает, что ему бывает трудно четко произнести нужное слово. Также изменился также тембр голоса: он стал менее звучным. Все это приводит к тому, что окружающие его часто не понимают и переспрашивают. Больной часто поперхивается при еде. При осмотре: больной в ясном сознании, контактен, в месте и времени ориентирован правильно. Память на текущие и отдаленные события снижена; в целом, больной правильно выполняет предложенные задания, но выполняет их медленно, часто ошибается	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологический синдром и топический диагноз? Дополнительные методы исследования? Правильно описан синдромальный, топический диагноз.	ТК

из-за снижения концентрации внимания. Больной пытается говорить развернутыми, грамматически правильно построенными фразами, но из-за нечеткости произношения речь не всегда понятна, создается ощущение "каши во рту". Голос тихий. Обращают на себя внимание малоподвижность мягкого неба при фонации, оживление глоточных рефлексов, симптомы орального автоматизма. Других неврологических нарушений нет.		
Задача 5. Больной 44 лет обратился с жалобами на снижение памяти. Страдает алкоголизмом, месяц назад после злоупотребления алкоголем остро развивается помрачение сознания с дезориентацией в месте и времени, сходящееся косоглазие, нарушение памяти на текущие события, шаткость и падения при ходьбе. В течение несколько дней состояние улучшилось, больной находится в ясном сознании, регрессировали глазодвигательные расстройства. Однако остаются выраженные нарушения памяти и неустойчивость при ходьбе. Поведение больного правильное. Достаточно подробно рассказывает о своем детстве и юности. Менее четкими оказываются воспоминания о событиях, непосредственно предшествующих болезни. Ничего не может рассказать о том, как он заболел. Речь больного правильна, нет апраксии и агнозии. При повторной беседе (на следующий день) больной не помнит, что уже знаком с врачом, затрудняется сказать, о чем они говорили накануне. Выявляются утрата чувствительности по типу «носок», отсутствие ахилловых рефлексов, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, усиливающаяся при закрытии глаз.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологический синдром и топический диагноз? Дополнительные методы исследования? Правильно описан синдромальный, топический диагноз.	ТК
Задача 6. Больная 64 лет обратилась к врачу с жалобами на нарушения памяти. Рассказывает, что ничего не может припомнить о том, что произошло накануне, начиная приблизительно от трех часов дня и до девяти вечера. Предшествующие события помнит хорошо. При обследовании неврологических расстройств нет, память и другие высшие психические функции не нарушены. Из беседы с родственниками известно, что вчера на фоне полного благополучия больная вдруг встревожилась, заявила, что ей нужно домой (хотя находилась дома), не могла вспомнить, как зовут ее близких, какой сейчас год и др. Объяснения близких воспринимала адекватно, однако через короткое время вновь задавала те же вопросы. Не могла ничего рассказать о своей жизни. Отчетливо осознавала болезненность своего состояния, просила вызвать врача, однако когда он приехал, очень удивилась. В беседе с врачом многократно через короткие промежутки времени спрашивала, как его зовут и по какому поводу он приехал. Около девяти часов вечера состояние нормализовалось, к больной вернулась память, за исключением событий острого эпизода.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологический синдром и топический диагноз? Дополнительные методы исследования? Правильно описан синдромальный, топический диагноз.	ТК
Задача 7. Больная 69 лет обратилась с жалобой на значительное ухудшение зрения. Незадолго до обращения была консультирована окулистом, был поставлен диагноз гиперметропия слабой степени. Однако ношение очков не привело к ощутимому улучшению. В беседе с	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологический синдром и топический диагноз? Дополнительные методы исследования? Правильно описан синдромальный, топический диагноз.	ТК

больной выясняется, что из-за плохого зрения больная часто не узнает своих знакомых, что является поводом для обид. Вместе с тем больная свободно может читать без очков. Впрочем, читает она редко, поскольку "стало неинтересно". При осмотре выявлено выпадение правых полей зрения, других нарушений нет.		
Задача 8. Больной 56 лет обратился с жалобами на слабость и неловкость в правой руке, которые мешают при одевании и других произвольных действиях. Значительно ухудшился почерк. Одновременно отмечает, что стало трудно считать в уме, поэтому часто ошибается при расчетах в магазине. При осмотре: мышечная сила во всех конечностях достаточная, мышечный тонус обычный, координаторные пробы выполняет без очевидных нарушений, однако несколько замедленно и неуверенно. В то же время, больной совершенно не может показать правой рукой, как причесываются или как чистят зубы, при этом неправильно располагает воображаемую расческу или зубную щетку. Он также не различает собственные пальцы на правой руке, не может воспроизвести жесты врача, узнать на ощупь предметы, несмотря на сохранную тактильную и глубокую чувствительность.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологический синдром и топический диагноз? Дополнительные методы исследования? Правильно описан синдромальный, топический диагноз.	ТК
Задача 9. Больной 67 лет консультируется по настоянию родственников. По их словам, больной изменился в последнее время: стал менее общителен, утратил интерес к работе и семье, большую часть времени ничем не занимается, стал неопрятен в одежде, разучился открывать самостоятельно дверной замок и пользоваться бытовыми приборами. Сам активных жалоб не предъявляет. При обследовании: легко отвлекаем, время от времени всплывают побочные ассоциации, которые больной не контролирует, не может воспроизвести вслед за врачом серию последовательных движений: вместо серии "кулак-ребро-ладонь" больной стереотипно стучит кулаком по столу; других неврологических нарушений нет.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологический синдром и топический диагноз? Дополнительные методы исследования? Правильно описан синдромальный, топический диагноз.	ТК
Задача 10. У больной 63 лет, длительно страдавшей артериальной гипертензией, остро возникли слабость и онемение в левых конечностях. При обследовании выявлены выпадение левых полей зрения, парез нижней половины мимических мышц слева, девиация языка влево, отсутствие движений в левых конечностях, симптом Бабинского слева, утрата всех видов чувствительности на левой половине тела. Несмотря на отсутствие движений в левых конечностях, больная заявила, что здорова и собирается идти домой. Когда лечащий врач обратил внимание пациентки на паретичную конечность, больная заявила, что "это вообще не моя рука". При внимательном наблюдении за больной было обнаружено, что она не замечает людей или предметов, которые находятся слева от нее.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологический синдром и топический диагноз? Дополнительные методы исследования? Правильно описан синдромальный, топический диагноз.	ТК

Вид оценочного средства: *Тестовые задания:*

1. Расстройство сознания может возникнуть при небольших по размеру поражениях (1): 5) лобной доли, 6) височной доли, 7) теменной доли 8) затылочной доли, 9) среднего мозга.	5	ТК
2. При сопоре сохранены (2): 1) речь, 2) адекватная реакция на речевые команды, 3) реакция на болевые раздражения, 4) реакции зрачков на свет, 5) контроль функции тазовых органов	3,4	ТК
3. При коме могут сохраняться (3): 1) произвольные движения в конечностях, 2) прямая реакция зрачков на свет, 3) содружественная реакция зрачков на свет, 4) роговичный рефлекс, 5) контроль функции тазовых органов.	2,3,4	ТК
4. При коме нельзя исследовать ригидность шейных мышц при подозрении на (1): 1) ишемический инсульт, 2) спонтанное кровоизлияние в мозг, 3) травматическое кровоизлияние в мозг, 4) перелом шейного отдела позвоночника, 5) гнойный менингит.	4	ТК
5. Расстройство чувствительности при сопоре можно выявить при исследовании (1): 1) болевой чувствительности, 2) температурной чувствительности, 3) суставно-мышечного чувства, 4) стереогноза, 5) двумерно-пространственного чувства.	1	ТК
6. Признак центрального пареза при коме (3): 1) симптом Кернига, 2) симптом Брудзинского, 3) симптом Бабинского, 4) асимметрия сухожильных рефлексов, 5) наружная ротация стопы.	3,4,5	ТК
7. В шкале комы Глазго оцениваются (2): 1) речь, 2) зрение, 3) двигательные реакции конечностей, 4) слух, 5) обоняние.	1,3	ТК
8. По шкале комы Глазго прогноз наиболее благоприятен при сумме баллов (1): 1) 0-2, 2) 3-5, 3) 6-8, 4) 9-12, 5) 13-15.	5	ТК
9. Для выяснения причины деструктивной комы наиболее информативна (1): 1) эхоэнцефалоскопия, 2) рентгенография черепа, 3) рентгеновская компьютерная томография головы, 4) электроэнцефалография, 5) ультразвуковое дуплексное сканирование сонных артерий.	3	ТК

10. Причины деструктивной комы (2): 1) инсульт, 2) гипогликемия, 3) гипергликемия, 4) черепно-мозговая травма, 5) диабетический кетоацидоз.	1,4	ТК
11. Причины метаболической комы (2): 1) энцефалит, 2) менингит, 3) отравление наркотиками, 4) уремия, 5) опухоль головного мозга.	3,4	ТК
12. Быстрое (в течение нескольких минут) нарушение сознания характерно для (2): 1) энцефалита, 2) менингита, 3) инсульта, 4) печеночной недостаточности, 5) черепно-мозговой травмы.	3,5	ТК
13. Введение 100 мг тиамина коматозному больному показано при подозрении на (1): 1) инсульт, 2) энцефалопатию Вернике, 3) менингит, 4) уремию, 5) гипогликемию.	2	ТК
14. Основной метод, подтверждающий смерть головного мозга (1): 1) рентгеновская компьютерная томография, 2) магнитно-резонансная томография, 3) эхоэнцефалоскопия, 4) электроэнцефалография, 5) рентгенография черепа.	4	ТК
15. При хроническом вегетативном состоянии у больного сохранены (1): 1) речь, 2) письмо, 3) цикл сон-бодрствование, 4) целенаправленные движения, 5) стереогноз.	3	ТК
16. Акинетический мутизм обычно вызван поражением (1): 1) лобных долей, 2) теменных долей, 3) затылочных долей, 4) мозжечка, 5) продолговатого мозга.	1	ТК
17. По степени тяжести выделяют следующие нарушения сознания (2): 1) делирий, 2) галлюцинации, 3) сопор, 4) акинетический мутизм, 5) кома.	3,5	ТК
18. Признаки поражения ствола головного мозга или черепных нервов при коме (3): 1) центральный гемипарез, 2) центральная гемигипестезия, 3) отсутствие феномена «глаз куклы», 4) односторонний мидриаз, 5) вертикальное косоглазие.	3,4,5	ТК
19. При подозрении на инфекционное поражение головного мозга с развитием комы наиболее информативно проведение (1):	4	ТК

1) рентгенографии черепа, 2) рентгеновской компьютерной томографии, 3) магнитно-резонансной томографии, 4) люмбальной пункции, 5) ультразвукового дуплексного сканирования сонных и позвоночных артерий.		
20. Вертикальное расходящееся косоглазие и поплавокые движения глазных яблок у коматозного больного характерны для поражения (1): 1) продолговатого мозга, 2) варолиева моста, 3) среднего мозга, 4) затылочных долей, 5) височных долей.	3	ТК

Вид оценочного средства: Ситуационные задачи:

Задача 1. Мужчина 70 лет доставлен в больницу в связи с внезапно возникшей слабостью в левых конечностях. При обследовании: больной ориентирован в собственной личности, месте и времени, на вопросы отвечает односложно, быстро истощается и засыпает. Менингеальных симптомов нет, выявлены слабость нижней части мимической мускулатуры слева, отклонение языка при высовывании влево, отсутствие движений в левых конечностях, оживление сухожильных рефлексов слева, патологический рефлекс Бабинского слева.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1) Неврологические синдромы? 2) Степень и характер нарушения сознания? 3) Топический диагноз? 4) Дополнительные методы обследования?	ТК
Задача 2. Женщина 65 лет доставлена в больницу в связи с жалобами на головокружение и тошноту, которые возникли два часа назад. В течение 5 лет страдает мерцательной аритмией. При обследовании в приемном отделении выявлены мышечная гипотония и гипорефлексия, асинергия Бабинского, невозможность самостоятельно сидеть или стоять, других неврологических нарушений нет. В течение часа состояние больной ухудшилось. Сознание отсутствует, больная не реагирует на речь и болевые раздражения, она часто зевает. Сохранены реакции зрачков на свет, роговичные рефлексы, но отсутствуют глоточные рефлексы, вызывается симптом Бабинского с обеих сторон.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1) Неврологические синдромы? 2) Степень и характер нарушения сознания? 3) Топический диагноз? 4) Дополнительные методы обследования?	ТК
Задача 3 У женщины 67 лет, страдающей стенокардией напряжения, внезапно развиваются двоение предметов, опущение левого века, слабость в правых конечностях. При обследовании: спутанное состояние сознания, больная не реагирует на речь, сама произносит бессвязные слова, болевой гримасой реагирует на болевые раздражения. Менингеальных знаков нет, левое глазное яблоко повернуто кнаружи и вниз, левый зрачок расширен, на свет не реагирует. Движения в правых конечностях отсутствуют, сухожильные рефлексы повышены справа, отмечается симптом Бабинского справа.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1) Неврологические синдромы? 2) Степень и характер нарушения сознания? 3) Топический диагноз? 4) Дополнительные методы обследования?	ТК
Задача 4. Мужчина 50 лет, длительно страдающей артериальной гипертонией, доставлен в больницу в связи с внезапным развитием интенсивной головной боли, слабости в левых конечностях и последующим	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1) Неврологические синдромы? 2) Степень и характер нарушения сознания?	ТК

нарушением сознания. При обследовании: сознание отсутствует, гиперемия лица, артериальное давление – 230/120 мм рт.ст., пульс – 110 ударов в минуту. Выявляется ригидность шейных мышц, глазные яблоки отведены вправо, сохранены зрачковые и роговичные рефлексы, отмечается парез нижней части мимических мышц слева, отсутствие движений в левых конечностях, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева. На болевые раздражения в правой половине лица, туловища и правых конечностях больной реагирует болевой гримасой, на болевые раздражения слева отсутствует реакция.	3)Топический диагноз? 4)Дополнительные методы обследования?	
Задача 5. Женщина 35 лет доставлена в больницу в связи с интенсивной головной болью, которая возникла днём при физической работе. До заболевания считала себя практически здоровой. При обследовании: больная ориентирована в месте и времени, на вопросы отвечает односложно, жалуется на сильную головную боль, быстро истощается и периодически засыпает. Выявляются ригидность шейных мышц, симптом Кернига с обеих сторон, парезов и других неврологических нарушений нет.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1)Неврологические синдромы? 2)Степень и характер нарушения сознания? 3)Топический диагноз? 4)Дополнительные методы обследования?	ТК
Задача 6. Мужчина 30 лет во время автомобильной аварии получил удар по голове и потерял сознание в течение нескольких минут. После возвращения сознания беспокоят головная боль, многократная рвота. При обследовании в стационаре пациент дезориентирован в месте и времени, обстоятельства травмы не помнит, на вопросы отвечает односложно, отмечается сонливость. В неврологическом статусе выявляются ригидность шейных мышц, симптом Кернига с двух сторон, двухсторонний спонтанный горизонтальный нистагм, оживление сухожильных и рефлексов с обеих сторон.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1)Неврологические синдромы? 2)Степень и характер нарушения сознания? 3)Топический диагноз? 4)Дополнительные методы обследования?	ТК
Задача 7. Мужчину 75 лет на протяжении двух суток беспокоят нарастающая головная боль и повышение температуры до 39°С. При обследовании: в сознании, ориентирован в месте и времени, но на вопросы отвечает односложно, быстро истощается, отмечается сонливость. Выявляются ригидность шейных мышц, симптом Кернига с обеих сторон, других неврологических нарушений нет.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1)Неврологические синдромы? 2)Степень и характер нарушения сознания? 3)Топический диагноз? 4)Дополнительные методы обследования?	ТК
Задача 8. У мужчины 46 лет, хронического алкоголика, в период очередного запоя развиваются общая слабость, повторные рвоты и поносы. К ним присоединяются спутанность сознания, двоение и нарушение походки. При обследовании: больной на словесные команды не реагирует, говорит отдельные бессвязные слова, менингеальных симптомов нет, выявляются сходящееся косоглазие, ограничение движения глазных яблок кнаружи, горизонтальный и вертикальный нистагм. При магнитно-резонансной томографии головы обнаружены мелкоочаговые симметричные поражения в области ствола мозга, таламуса и гипоталамуса.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1)Неврологические синдромы? 2)Степень и характер нарушения сознания? 3)Топический диагноз? 4)Дополнительные методы обследования? 5)Врачебная тактика	ТК
Задача 9. У мужчины 58 лет, страдающего циррозом печени, появились и постепенно нарастают дневная	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1)Неврологические синдромы?	ТК

сонливость, нарушения памяти и внимания, неадекватность суждений и поведения. Больной в сознании, ориентирован в собственной личности, в месте и времени, но на вопросы отвечает односложно, быстро истощается, ошибается в интерпретации простых пословиц и поговорок, ослаблены память и концентрация внимания, зрачки узкие, ослаблена их реакция на свет. Других неврологических нарушений не выявлено.	2) Характер и степень нарушения сознания? 3) Дополнительные обследования? 4) Лечение и прогноз заболевания?	
Задача 10. У мужчины 62 лет, длительно страдающего сахарным диабетом, в течение дня появилась и выросла общая слабость, возникла спутанность сознания. Со слов жены, в последние несколько дней отмечались колебания уровня сахара в крови, и больной самостоятельно, без консультации с врачом, увеличил дозу принимаемого инсулина. При обследовании: кожные покровы бледные и влажные, артериальное давление 140/90 мм рт.ст., частота пульса 90 ударов в минуту. Больной выполняет простейшие словесные инструкции, но дезориентирован в месте и времени, на вопросы отвечает односложно, быстро истощается, менингеальных симптомов и других неврологических нарушений нет. При исследовании глюкозы в крови её уровень составил 1,8 ммоль/л.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1) Характер и степень нарушения сознания? 2) Причина нарушения сознания? 3) Врачебная тактика?	ТК

Раздел дисциплины (тема): Деменции. Когнитивные нарушения.

Вид оценочного средства: Тестовые задания:

1. Болезнь Альцгеймера (2): 1) относятся к группе дегенеративных заболеваний головного мозга, 2) развиваются в молодом возрасте, 3) проявляются агнозией, апраксией, афазией, 4) проявляются центральным гемипарезом, 5) часто сопровождаются эпилептическими припадками.	1,3	ТК
2. Обязательными признаками деменции являются (3): 1) нарушение памяти, 2) расстройство сознания, 3) нарушение нескольких когнитивных функций, 4) необратимый характер когнитивных нарушений, 5) органическое поражение головного мозга.	1,3,5	ТК
3. Основные методы диагностики болезни Альцгеймера (2): 1) МРТ головного мозга, 2) транскраниальная доплерография, 3) нейropsychологическое обследование, 4) эхоэнцефалоскопия, 5) исследование цереброспинальной жидкости.	1,3	ТК
4. Патогенетические механизмы дисциркуляторной энцефалопатии (2): 1) хроническая ишемия головного мозга, 2) повторные острые нарушения мозгового кровообращения, 3) наследственная дегенерация нейронов, 4) нарушение продукции цереброспинальной жидкости, 5) повышение внутричерепного давления.	1,2	ТК
5. Проявления начальной стадии болезни Альцгеймера: (2) 1) моторная афазия, 2) нарушение памяти на текущие события, 3) недержание мочи, 4) недостаточность номинативной функции речи (трудности называния)	2,4	ТК

предметов), 5) нарушения походки.		
6. Для болезни Альцгеймера характерно (3): 1) прогрессирующее нарушение памяти, 2) расстройства праксиса и гнозиса, 3) амнестическая афазия, 4) мозжечковая атаксия, 5) гемианопсия.	1,3	ТК
7. Для сосудистой деменции характерно (3): 1) инсульт в анамнезе, 2) псевдобульбарный синдром, 3) тремор головы, 4) апраксия ходьбы, 5) корсаковский синдром.	1,2,4	ТК
8. Для дисциркуляторной энцефалопатии III стадии характерно (3): 1) вертикальный парез взора, 2) деменция, 3) недержание мочи, 4) скандированная речь, 5) псевдобульбарный синдром.	2,3,5	ТК
9. Причины деменции (3): 1) дегенеративные заболевания головного мозга, 2) повторные инсульты, 3) ревматоидный полиартрит, 4) синдром миелопатии, 5) дефицит витамина B12,	1,2,5	ТК
10. В терапии болезни Альцгеймера эффективны средства: (2) 1) ацетилхолинэргические, 2) дофаминэргические, 3) глутаматэргические, 4) серотонинэргические, 5) норадренэргические.	1,3	ТК
11. В патофизиологии болезни Альцгеймера наиболее важную роль играет (1): 1) дофаминэргическая недостаточность, 2) серотонинэргическая недостаточность, 3) ацетилхолинэргическая недостаточность, 4) норадренэргическая недостаточность, 5) норадренэргическая активация.	3	ТК
12. Самая частая причина деменции (1): 1) болезнь Альцгеймера, 2) сосудистая деменция, 3) рассеянный склероз, 4) болезнь Паркинсона, 5) болезнь Гентингтона.	1	ТК
13. Причина обратимой деменции (3): 1) травматическая внутричерепная гематома, 2) нормотензивная гидроцефалия, 3) дефицит витамина B12, 4) болезнь Альцгеймера, 5) фронто-темпоральная деменция.	1,2,3	ТК
14. Необратимые деменции (3): 1) хорея Гентингтона, 2) болезнь Вильсона-Коновалова, 3) деменция с тельцами Леви, 4) опухоль головного мозга, 5) болезнь Паркинсона.	1,3,5	ТК
15. Деменция при болезни Паркинсона (2): 1) возникает на ранних стадиях заболевания, 2) связана с приемом агонистов дофаминэргических рецепторов, 3) проявляется нарушениями памяти, внимания и замедленностью	3,5	ТК

мышления, 4) чаще отмечается в молодом возрасте, 5) характеризуется отсутствием первичных нарушений праксиса, гнозиса и речи.		
16. При болезни Альцгеймера атрофия наиболее выражена в (2): 1) лобной доле, 2) височной доле, 3) теменной доле, 4) затылочной доле, 5) мозжечке.	2,3	ТК
17. Для больных сосудистой деменцией характерны изменения головного мозга в виде (2): 1) субкортикального лейкоареоза, 2) атрофии лобной доли, 3) атрофии теменной доли, 4) атрофии височной доли, 5) множественных лакунарных инфарктов.	1,5	ТК
18. Ведущую роль в сосудистой деменции имеет дисфункция (1): 1) гиппокампового комплекса, 2) лобной доли, 3) затылочной доли, 4) мозжечка, 5) черной субстанции.	2	ТК
19. Прогрессирующие нарушения памяти характерны для: (1) 1) рассеянного склероза, 2) болезни Альцгеймера, 3) бокового амиотрофического склероза, 4) корсаковского синдрома, 5) транзиторной глобальной амнезии,	2	ТК
20. Лечение болезни Альцгеймера (2): 1) наком, 2) ременил, 3) циклодол, 4) ривастигмин (экселон) 5) акатинол (мемантин)	2,4,5	ТК
21. Лечение сосудистой деменции (2): 1) терапия артериальной гипертензии, 2) винопоцетин, 3) акатинол (мемантин) 4) мадопар, 5) калимин.	1,2,3	ТК
22. Деменция носит обратимый характер в: (1) 1) 5%, 2) 20%, 3) 40%, 4) 60%, 5) 80%.	1	ТК
23. Псевдодеменция: (1) 1) нарушение памяти и внимания при дисметаболических расстройствах, 2) возрастные изменения когнитивных функций, 3) когнитивные нарушения при депрессии, 4) нарушение высших психических функций при опухоли мозга, 5) дезориентация в месте и времени после эпилептического припадка.	3	ТК
24. Проявления деменции с тельцами Леви (3): 1) паркинсонизм, 2) центральный гемипарез, 3) нарушения памяти и других когнитивных функций, 4) зрительные галлюцинации, 5) абсансы.	1,3,4	ТК
25. Лечение деменции с тельцами Леви (3):	1,3,5	ТК

1) мадопар, 2) циклодол, 3) ривастигмин (экселон), 4) ременил, 5) акатинол (мемантин)		
---	--	--

Вид оценочного средства: Ситуационные задачи:

Задача 1. Женщина 74 лет обратилась к врачу по поводу прогрессирующего снижения памяти на текущие события. Отмечает забывчивость уже в течение нескольких лет, за это время она непрерывно нарастает. При беседе больная в ясном сознании, контактна, несколько растеряна и беспокойна, правильно ориентирована в месте, но ошибается при назывании точной даты. Часто жалуется на плохую память; она не помнит, что куда положила, о чем разговаривала с домашними, с трудом припоминает имена внуков, которые живут отдельно. Иногда испытывает также затруднения при подборе нужного слова в разговоре, назывании предметов. Нейропсихологическое исследование выявляет выраженные нарушения памяти, умеренные нарушения гнозиса, праксиса и речи. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не выявлено.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологические синдромы? Локализация поражения? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные исследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 2. Женщина 63 лет жалуется на прогрессирующее ухудшение памяти на текущие события, нарушение ориентировки на местности, трудности при подборе нужного слова в разговоре. Указанные расстройства появились исподволь около 3-4 лет тому назад и непрерывно нарастают. Больная была вынуждена оставить свою работу, сейчас испытывает значительные затруднения в быту при самообслуживании: в частности, нужна посторонняя помощь при одевании. Анамнез жизни - без особенностей, в семейном анамнезе обращает на себя внимания повышенная забывчивость у отца больной, которая, однако, возникла в возрасте 70 лет. Больная в ясном сознании, но дезориентирована в месте и времени. Нейропсихологическое исследование выявляет грубые нарушения памяти, праксиса, гнозиса и речи. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не выявлено.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологические синдромы? Локализация поражения? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные исследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 3. Мужчина 65 лет в течение последних 30 лет страдает артериальной гипертензией со средним уровнем артериального давления 180-200/110-120 мм рт. ст. Регулярного лечения не проводит. В последние годы появились и нарастают по выраженности нарушения памяти и внимания, неразборчивость речи, пошатывание и падения при ходьбе, недержание мочи. При беседе и осмотре: больной заторможен, самостоятельно жалоб не предъявляет, эмоциональный фон снижен. В неврологическом статусе: рефлексы орального автоматизма, насильственный смех и плач, высокие симметричные сухожильные рефлексы, симптом Бабинского с двух сторон, легкая	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологические синдромы? Локализация поражения? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные исследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК

гипокинезия и повышение мышечного тонуса по пластическому типу в нижних конечностях, походка на широкой базе, шаг укорочен, шарканье, неустойчивость и тенденции к падению при поворотах. Нейропсихологическое исследование выявляет выраженное снижение концентрации внимания, нарушение динамического праксиса при умеренных расстройствах памяти и гнозиса.		
Задача 4. Мужчина 68 лет в течение последних 20 лет страдает гипертонической болезнью и атеросклерозом церебральных артерий, на фоне которых перенес несколько ишемических инсультов с относительно хорошим восстановлением неврологического дефицита. В течение последних двух лет появились и нарастают снижение памяти и внимания, а также нарушение походки. При осмотре: больной в ясном сознании, правильно ориентирован в месте и времени, эмоциональный фон снижен. В неврологическом статусе: дизартрия, дисфония, оживление глоточных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма, в левых конечностях снижение мышечной силы до 4-х баллов с повышением сухожильные рефлексов и симптомом Бабинского. Походка: на широкой базе, шаг укорочен, шарканье, неустойчивость и тенденции к падению при поворотах. Нейропсихологическое исследование выявляет выраженное снижение концентрации внимания, нарушение динамического праксиса при умеренных расстройствах памяти и гнозиса.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологические синдромы? Локализация поражения? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные исследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 5. Женщина 65 лет в течение последних 20 лет страдает гипертонической болезнью, атеросклерозом церебральных артерий, ишемической болезнью сердца. В последние 5 лет появились и нарастают нарушения речи и походки. При осмотре: больная в ясном сознании, контактна, правильно ориентирована в месте и времени, жалуется на снижение памяти. В неврологическом статусе: неразборчивость речи; понимание обращенной речи сохранено, положительные рефлексы орального автоматизма, насильственный плач, сухожильные рефлексы повышены, мышечный тонус повышен по пластическому типу, преимущественно в ногах, симптом Бабинского с обеих сторон. Походка: трудности начала ходьбы, шаг укорочен, неустойчивость и тенденция к падению при поворотах. Нейропсихологическое исследование выявляет выраженное снижение концентрации внимания, нарушение динамического праксиса при умеренных расстройствах памяти и гнозиса.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологические синдромы? Локализация поражения? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные исследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 6. Мужчина 58 лет жалуется на снижение памяти, сложность выполнения умственной работы, головные боли, нарушения сна. Считает себя больным в течение последних 6 месяцев после смерти жены. Снижение памяти и головные мешают больному справляться со своими профессиональными обязанностями и общаться с людьми. Головные боли ощущает	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологические синдромы? Локализация поражения? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные исследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано	ТК

постоянно, они средней интенсивности, носят сжимающий характер. При беседе больной подавлен, вял, несколько заторможен. Правильно ориентирован в месте и времени. При исследовании эмоционального статуса выявляется значительное снижение фона настроения. Отчётливых нарушений пракиса, гнозиса и речи не выявляется. Интеллектуальные операции замедленны. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не выявлено.	лечение.	
Задача 7. Женщина 73 лет жалуется на повышенную забывчивость, утомляемость, общую слабость. Считает себя больной в течение последних двух лет, забывчивость носит прогрессирующий характер. Три года назад перенесла операцию на щитовидной железе по поводу тиреотоксической аденомы. Семейный анамнез неврологическими и психическими заболеваниями не отягощен. При обследовании: больная вялая, заторможена, эмоциональный фон снижен, отёчность лица и конечностей, при пальпации отёчные ткани плотные, температура – 36,2°C, артериальное давление – 90/60 мм рт. ст., пульс – 56 ударов в минуту. При нейропсихологическом обследовании: нарушения памяти, снижение концентрации внимания, значительная замедленность мышления. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не выявлено.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологические синдромы? Локализация поражения? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные исследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 8. Мужчина 45 лет обратился с жалобами на повышенную забывчивость и непроизвольные подергивания в лице и конечностях. Данные симптомы появились около года назад и со временем нарастают по выраженности. Аналогичные явления отмечались у отца пациента, однако, в несколько более позднем возрасте (после 50 лет). Анамнез жизни - без особенностей. При обследовании: больной в ясном сознании, правильно ориентирован в месте и времени. Нейропсихологическое исследование выявляет снижение памяти и интеллекта. В неврологическом статусе: непроизвольные, быстрые, хаотические неритмичные движения в конечностях и мышцах лица, парезов нет, сухожильные рефлексы живые симметричные, патологических знаков нет, мышечный тонус несколько снижен, чувствительность, координация и тазовые функции не нарушены.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологические синдромы? Локализация поражения? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные исследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 9. Женщина 73 лет в течение 10 лет страдает гипертонической болезнью, атеросклерозом церебральных артерий, ишемической болезнью сердца. Пять лет назад перенесла ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии с развитием слабости в правых конечностях и хорошим восстановлением неврологического дефицита. После инсульта стала отмечать снижение памяти, повышенную утомляемость, трудность выполнения умственной работы. В последние два года нарушения памяти нарастают и приводят к затруднениям при общении с другими людьми, элементарном самообслуживании. При обследовании: больная в	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологические синдромы? Локализация поражения? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные исследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК

ясном сознании, несколько растеряна, плохо ориентирована в месте и времени. Нейропсихологическое исследование выявляет выраженные нарушения памяти, пространственную апраксию и агнозию, симптомы амнестической афазии. В неврологическом статусе: снижение мышечной силы в правой руке до 4-х баллов, легкое снижение болевой чувствительности в ней, оживление сухожильных рефлексов справа, симптом Тремнера справа.		
Задача 10. Мужчина 60 лет консультируется по настоянию родственников. По их словам, в течение последнего года появлялись и заметно нарастают поведенческие нарушения в виде апатии, утраты интереса к окружающему, снижения критики к своему поведению. Из-за данных нарушений перестал справляться со своими профессиональными обязанностями, и вынужден был уйти на пенсию. В течение последнего месяца отмечались также два эпизода недержания мочи. При обследовании: больной в ясном сознании, вял, безучастен к происходящему, активных жалоб не предъявляет. Нейропсихологическое исследование выявляет грубое снижение интеллекта, динамического праксиса, импульсивность при принятии решений и персеверации. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не выявлено.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологические синдромы? Локализация поражения? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные исследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 11. Мужчина 68 лет более 20 лет страдает артериальной гипертензией со средним уровнем артериального давления 160-170/100-110 мм рт. ст. Регулярного лечения не проводит. В последние два года отмечает снижение памяти, концентрации внимания, испытывает сложности при запоминании большой по объему информации. В неврологическом статусе: рефлексы орального автоматизма в легкой степени, высокие симметричные сухожильные рефлексы, других неврологических нарушений нет. Нейропсихологическое исследование выявляет умеренное снижение концентрации внимания, замедленность при выполнении нейропсихологических тестов при отсутствии существенных нарушений памяти, гнозиса и праксиса. По краткой шкале оценки психического статуса набирает 26 баллов (норма 28-30 баллов). При магнитно-резонансной томографии головного мозга выявляются умеренно выраженный субкортикальный лейкоареоз, единичные лакунарные инфаркты.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологические синдромы? Локализация поражения? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные исследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 12. У женщины 72 лет в течение последних трех лет постепенно нарастают нарушение речи. В неврологическом статусе: затруднено понимание обращенной речи, в речи больной отмечается много парафазий, в письме больной наблюдается много орфографических ошибок, других неврологических нарушений нет. При магнитно-резонансной томографии головного мозга выявляется значительная атрофия височных долей головного мозга.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологические синдромы? Локализация поражения? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные исследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК

Задача 13. Мужчина 69 лет, по профессии инженер, жалуется на снижение памяти на текущие события. В последние десять лет страдает артериальной гипертонией, обычные значения артериального давления - 140-150/90-100 мм рт. ст., терапии по этому поводу не получает. На снижение памяти обращает внимание в течение последнего года. Часто забывает, что куда положил, план намеченных мероприятий, имена новых знакомых. В то же время продолжает справляться со своей работой, общественной деятельностью и домашними обязанностями. В неврологическом статусе не выявляется нарушений за исключением положительного хоботкового рефлекса. При нейропсихологическом исследовании установлены умеренные нарушения памяти на недавние события при сохранности других высших психических функций.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологические синдромы? Локализация поражения? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные исследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 14. Женщина 70 лет, страдающая в течение 10 лет гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом предъявляет жалобы на несистемное головокружение, общую слабость, повышенную утомляемость, беспокойный ночной сон, снижение памяти. Эти жалобы беспокоят в течение последних 2-3 лет, постепенно усиливаются по выраженности. При обследовании не выявлено неврологических нарушений за исключением положительных рефлексов орального автоматизма. Нейропсихологическое исследование выявляет негрубые нарушения памяти, внимания, интеллектуальных операций. При магнитно-резонансной томографии головы обнаружены множественные «немые» лакунарные инфаркты, субкортикальный лейкоароз.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологические синдромы? Локализация поражения? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные исследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 15. Мужчина 77 лет, длительное время страдающий неконтролируемой артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом, перенёс ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерией с развитием слабости в левых конечностях с частичным восстановлением. Вскоре после инсульта родственники обратили внимание на ослабление памяти на текущие события, нарушение интеллекта. При детальном расспросе удалось выяснить, что небольшая забывчивость отмечалась ещё до инсульта, но пациент сохранял независимость и самостоятельность в быту, в то время как в настоящее время в значительной степени утратил их. При обследовании выявлены слабость нижней части мимических мышц слева, девиация языка влево, снижение силы до 3- баллов в левой руке и 4 баллов в левой ноге, снижение чувствительности в левой половине лица, туловища. При нейропсихологическом исследовании установлены выраженные нарушения памяти, пространственного праксиса и гнозиса, интеллектуальные расстройства.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологические синдромы? Локализация поражения? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные исследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 16. Женщина 76 лет длительное время страдает	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологические	ТК

гипертонической болезнью, сахарным диабетом, постоянной формой мерцательной аритмии предсердий. В анамнезе – повторные инсульты с хорошим регрессом неврологических расстройств. Пациентка консультируется по настоянию родственников, которых беспокоит снижение памяти и интеллекта у неё, нарастающее после каждого перенесенного инсульта. В настоящее время пациентке стало сложно справляться с приготовлением еды, покупками в магазине, заполнением бланков по коммунальным платежам и другой бытовой деятельностью. При обследовании выявлены выпадение левых полей зрения, патологические рефлексы орального автоматизма, оживление сухожильных рефлексов, повышение мышечного тонуса по пластическому типу, симптом Бабинского с обеих сторон. При нейропсихологическом исследовании установлены выраженные нарушения памяти и других когнитивных функций по лобно-подкорковому типу.	синдромы? Локализация поражения? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные исследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	
Задача 17. У мужчины 69 лет, страдающего пароксизмальной формой мерцательной аритмии, на фоне очередного пароксизма внезапно появились спутанность сознания с дезориентацией в месте и времени, выраженные нарушения памяти на текущие события. В последующем сознание восстановилось полностью, регрессировали нарушения ориентировки, но остались выраженные трудности при запоминании и воспроизведении новой информации. Все это привело к существенному нарушению адаптации в бытовой сфере. При обследовании не выявлено парезов, расстройств чувствительности и координации, нарушений функций черепных нервов. При нейропсихологическом исследовании установлены выраженные первичные модально-неспецифические нарушения памяти, снижение концентрации внимания, замедление активности психических процессов. При магнитно-резонансной томографии головного мозга обнаружен ишемический очаг диаметром 1,5 см в области левого зрительного бугра.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологические синдромы? Локализация поражения? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные исследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 17. У мужчины 69 лет, страдающего пароксизмальной формой мерцательной аритмии, на фоне очередного пароксизма внезапно появились спутанность сознания с дезориентацией в месте и времени, выраженные нарушения памяти на текущие события. В последующем сознание восстановилось полностью, регрессировали нарушения ориентировки, но остались выраженные трудности при запоминании и воспроизведении новой информации. Все это привело к существенному нарушению адаптации в бытовой сфере. При обследовании не выявлено парезов, расстройств чувствительности и координации, нарушений функций черепных нервов. При нейропсихологическом исследовании установлены выраженные первичные модально-неспецифические нарушения памяти, снижение концентрации внимания, замедление активности психических процессов. При магнитно-резонансной томографии головного мозга	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологические синдромы? Локализация поражения? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные исследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК

обнаружен ишемический очаг диаметром 1,5 см в области левого зрительного бугра.		
Задача 19. Мужчина 75 лет в течение последних 10 лет страдает болезнью Паркинсона, по поводу которой получает в последний год мадопар в дозе 750 мг в сутки. Поводом для настоящего обращения послужили прогрессирующие расстройства памяти на текущие события, которые нарастают в течение последнего года. Пациенту стало сложно справиться с обычной бытовой деятельностью. При обследовании выявлены гипомимия, гипокинезия, повышение мышечного тонуса по пластическому типу, больше в левых конечностях. Эпизодически, особенно при волнении, возникает тремор покоя, также преимущественно в левой руке. При ходьбе наблюдаются про- и латеропульсии. Нейропсихологическое исследование выявило выраженное нарушение памяти, пространственного праксиса и гнозиса, снижение интеллекта.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологические синдромы? Локализация поражения? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные исследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 20. Муж 75-летней женщины обратился за консультацией в связи с нарастающим снижением памяти и интеллекта у его супруги. В течение последних трех лет женщине все сложнее справиться с обычной домашней деятельностью, покупками в магазине, заполнением бланков коммунальных платежей. Она нередко забывает выключить воду в ванной комнате, погасить газ. Пациентка никогда не страдала сердечно-сосудистыми заболеваниями, её обычное артериальное давление – 120/80 мм рт.ст. Прогрессирующее снижение памяти и интеллекта в старческом возрасте наблюдалось у отца пациентки. При обследовании не выявлено парезов, расстройств чувствительности и координации, нарушений функций черепных нервов. При нейропсихологическом исследовании установлены выраженные нарушения памяти, пространственного праксиса и гнозиса, а также расстройства других когнитивных функций.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологические синдромы? Локализация поражения? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные исследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК

Раздел дисциплины (тема): ТИА, ишемический инсульт.

Вид оценочного средства: Тестовые задания:

1. Длительность неврологических расстройств при транзиторной ишемической атаке: (1) 1) до 24 часов, 2) до 2-х суток, 3) до 3-х суток, 4) до недели, 5) до 3-х недель.	1	ТК
2. Этиология транзиторных ишемических атак: (4) 1) ревматическое поражение сердца, 2) эритроцитоз, 3) расслоение внутренней сонной артерии, 4) атеросклероз, 5) гипотиреоз.	1-4	ТК
3. Механизмы развития транзиторных ишемических атак: (3)	1-3	ТК

1) артерио-артериальная эмболия мозговой артерии, 2) гемодинамические нарушения + стеноз мозговой артерии, 3) кардиальная эмболия мозговой артерии, 4) повышение фибринолитической активности крови.		
4. Для транзиторной ишемической атаки характерно: (3) 1) гемипарез, 2) афазия, 3) парциальный эпилептический припадок, 4) гемигипестезия, 5) кома.	1,2,4	ТК
5. Основное отличие транзиторной ишемической атаки от инсульта: (1) 1. отсутствие нарушения сознания, 2. отсутствие афазии, 3. длительность очаговых неврологических симптомов менее суток, 4. меньшая степень неврологических расстройств, 5. внезапное начало.	3	ТК
6. Типичные проявления транзиторной ишемической атаки: (3) 1) парез руки, 2) кратковременная утрата зрения на один глаз, 3) изолированное системное головокружение, 4) транзиторная спутанность сознания, 5) парез мышц лица по центральному типу.	1,2,5	ТК
7. Очаговая неврологическая симптоматика при транзиторной ишемической атаке чаще сохраняется в течение: (1) 2) несколько секунд, 3) несколько минут, 4) 12 часов, 5) 24 часа, 6) трое суток	2	ТК
8. Факторы риска транзиторных ишемических атак: (4) 1) пожилой возраст, 2) гиперхолестеринемия, 3) хронические головные боли напряжения, 4) курение, 5) сахарный диабет	1,2,4,5	ТК
9. Профилактика инсульта у больного с транзиторной ишемической атакой: (3) 1) ацетилсалициловая кислота, 2) клопидогрель, 3) карбамазепин, 4) тиклопидин, 5) пирацетам.	1,2,4	ТК
10. Показание к каротидной эндартерэктомии у больного с транзиторными ишемическими атаками: (1) 1) стеноз внутренней сонной артерии более 70% диаметра, 2) окклюзия внутренней сонной артерии, 3) стеноз внутренней сонной артерии 50-69% диаметра, 4) стеноз внутренней сонной артерии менее 50 % диаметра, 5) двусторонний стеноз внутренней сонной артерии менее 50 % диаметра.	1	ТК
11. Ацетилсалициловая кислота у больного с транзиторной ишемической атакой: (2) 1) рекомендуется в дозе 75-325 мг в сутки, 2) предупреждает кровоизлияние в головной мозг, 3) предупреждает субарахноидальное кровоизлияние, 4) снижает риск развития эпилептических припадков,	1,5	ТК

5) может вызвать желудочно-кишечные осложнения.		
12. Для вторичной профилактики инсульта: (3) 1) антикоагулянты, 2) антитромбоцитарные средства (антиагреганты), 3) каротидная эндартерэктомия 4) сосудорасширяющие средства, 5) ноотропные средства.	1-3	ТК
13. Закупорка внутренней сонной артерии может привести: (3) 1) к транзиторной ишемической атаке, 2) к ишемическому инсульту, 3) к субарахноидальному кровоизлиянию, 4) к внутримозговому кровоизлиянию, 5) протекать бессимптомно.	1,2,5	ТК
14. 14.Фибринолитик (тканевой активатор плазминогена) не применяют при инфаркте мозга, если: (3) 1) артериальное давление 200/120 мм рт.ст. и выше, 2) лёгкая степень неврологического дефицита, 3) 6 часов и более с момента развития инсульта, 4) тотальная афазия и гемиплегия, 5) сочетанная ишемическая болезнь сердца.	1-3	ТК
15. Факторы риска развития ишемического инсульта: (3) 1) артериальная гипертензия, 2) у женщин прием оральных контрацептивов, 3) молодой возраст, 4) сахарный диабет, 5) сотрясение головного мозга.	1,2,4	ТК
16. Показания к проведению каротидной эндартерэктомии: (2) 1) стеноз внутренней сонной артерии более 70%, 2) наличие выраженного неврологического дефицита, 3) отсутствие выраженного неврологического дефицита, 4) пожилой возраст, 5) молодой возраст.	1,3	ТК
17. Для инфаркта мозга в бассейне средней мозговой артерии характерно: (2) 1) гемипарез, 2) синдром Валленберга-Захарченко, 3) гемигипестезия, 4) оптико-пирамидный синдром, 5) синдром Вебера.	1,7	ТК
18. Факторы риска ишемического инсульта: (4) 1) мерцательная аритмия, 2) артериальная гипертония, 3) сахарный диабет, 4) транзиторная ишемическая атака, 5) эпизодические головные боли напряжения.	1-4	ТК
19. Наиболее частая причина ишемического инсульта: (1) 1) церебральный васкулит, 2) церебральный атеросклероз, 3) порок сердца, 4) заболевание крови, 5) разрыв мешотчатой аневризмы.	2	ТК
20. Антитромбоцитарное средство, применяемое для вторичной профилактики ишемического инсульта: (1) 1) ацетилсалициловая кислота, 2) пентоксифиллин, 3) пирацетам, 4) винпоцетин, 5) циннаризин.	1	ТК
21. Фибринолитическая терапия при ишемическом инсульте: (2)	2,3	ТК

1) предупреждает развитие повторного инсульта, 2) проводится не позднее 6 часов с момента развития инсульта, 3) улучшает исход инсульта, 4) не вызывает геморрагические осложнения, 5) используется при легкой степени неврологического дефицита.		
22. Для инфаркта мозга в бассейне передней мозговой артерии характерно: (1) 1) гемианопсия, 2) оптико-пирамидный синдром, 3) сенсорная афазия, 4) гемипарез с преобладанием в ноге, 5) гемиатаксия.	4	ТК
23. Основные причины развития лакунарного инфаркта: (2) 1) парадоксальная эмболия, 2) липогиалиноз перфорирующих артерий мозга, 3) фибриноидный некроз перфорирующих артерий мозга, 4) расслоение церебральной артерии, 5) атеросклеротический тромбоз большой церебральной артерии.	2,3	ТК
24. Прогрессирующее течение инсульта характерно для (1): 1) лакунарного инсульта, 2) атеротромботического инсульта, 3) кардиоэмболического инсульта, 4) гемодинамического инсульта.	2	ТК
25. Для инфаркта мозга в бассейне задней мозговой артерии характерно: (1) 1) гемипарез с преобладанием в ноге, 2) гемипарез с преобладанием в руке, 3) атактический гемипарез, 4) гемианопсия, 5) моторная афазия.	4	ТК
26. Первичная профилактика ишемического инсульта: (3) 1) лечение артериальной гипертензии, 2) отказ от курения, 3) прием статинов при ишемической болезни сердца, 4) прием ноотропов при снижении памяти, 5) прием варфарина при мерцательной аритмии.	1-3,5	ТК
27. Ишемический инсульт у молодых чаще вызван: (1) 1) заболеванием крови, 2) заболеванием сердца, 3) аневризмой мозговой артерии, 4) мигренью, 5) хроническим алкоголизмом.	2	ТК
28. Характерные синдромы лакунарного инсульта: (3) 1) изолированный гемипарез, 2) изолированная гемианестезия, 3) гемианопсия, 4) моторная афазия, 5) атактический гемипарез.	1,2,5	ТК
29. Люмбальная пункция при ишемическом инсульте: (2) 1) наиболее информативный метод исследования, 2) проводится при невозможности выполнить КТ или МРТ головы, 3) позволяет подтвердить диагноз не более чем в 90 % случаев, 4) противопоказана при нарушении сознания, 5) проводится для снижения внутричерепного давления.	2,3	
30. Для установления диагноза ишемического инсульта наиболее информативно: (1) 1) эхоэнцефалоскопия, 2) электроэнцефалография, 3) дуплексное сканирование сонных и позвоночных артерий, 4) КТ головы,	4	ТК

5) люмбальная пункция.		
31. Цереброспинальная жидкость при ишемическом инсульте: (1) 1) содержит повышенное количество лимфоцитов, 2) не изменена, 3) содержит повышенное количество белка, 4) содержит эритроциты, 5) вытекает под низким давлением.	2	ТК
32. Гепарин используют при: (2) 1) лакунарном инсульте, 2) кардиоэмболическом инсульте, 3) геморрагическом инфаркте, 4) прогрессирующем атеротромботическом инсульте, 5) бессимптомном значительном стенозе (более 50% диаметра) внутренней сонной артерии.	2,4	ТК
33. Для снижения уровня холестерина в крови с целью профилактики инсульта эффективен прием (1): 1. витамина В1, 2. витамина В6, 3. витамина В12, 4. статинов, 5. аскорбиновой кислоты.	4	ТК
34. Для кардиоэмболического инсульта характерно: (2) 1) постепенное развитие заболевания, 2) геморрагический характер инфаркта, 3) оптико-пирамидный синдром, 4) мерцательная аритмия, 5) сахарный диабет.	2,4	ТК
35. Диагностика наличия и степени сужения церебральной артерии: (3) 1) ангиография, 2) ультразвуковое дуплексное сканирование, 3) компьютерная электроэнцефалография, 4) эхоэнцефалоскопия, 5) МРТ в ангиографическом режиме.	1,2,5	ТК
36. Соотношение частоты ишемического инсульта в каротидном и вертебрально-базилярном бассейне: (1) 1) 1:1, 2) 2:1, 3) 4:1, 4) 1:2, 5) 1:4.	3	ТК
37. Для гемодинамического инсульта характерно: (2) 1) локализация очага в бассейне средней мозговой артерии, 2) локализация очага в бассейне передней мозговой артерии, 3) локализация очага в зоне смежного кровоснабжения, 4) развитие на фоне резкого снижения артериального давления, развитие на фоне мерцательной аритмии	3,4	ТК
38. Типичная локализация лакунарных инфарктов: (2) кора больших полушарий, варолиев мост, внутренняя капсула, кора мозжечка, продолговатый мозг.	2,3	ТК
39. Для ишемического инсульта характерно: (2) 1) менингеальные симптомы, 2) гемипарез, 3) сильная головная боль в дебюте заболевания, 4) предшествующие транзиторные ишемические атаки, 5) повышение температуры тела.	2,4	ТК
40. Для атеротромботического инсульта характерно: (2) 1) ревматический порок сердца,	3,4	ТК

2) неклапанная мерцательная аритмия, 3) атеросклеротический стеноз больших церебральных артерий, 4) ишемический очаг при КТ головы размером более 15 мм в диаметре, 5) нарушение сознания при небольшом неврологическом дефиците.		
41. КТ головы при ишемическом инсульте: (2) 1) выявляет очаг пониженной плотности, 2) позволяет исключить внутримозговое кровоизлияние, 3) позволяет установить подтип ишемического инсульта, 4) занимает около 30 минут, 5) всегда используется с введением контрастного вещества.	1,2	ТК
42. Варфарин для профилактики повторного инсульта применяется при: (1) 1) атеротромботическом инсульте, 2) кардиоэмболическом инсульте, 3) лакунарном инсульте, 4) сочетанной ишемической болезни сердца, 5) церебральном васкулите.	2	ТК
43. Для выявления закупорки церебральной артерии используют: (2) 1) эхоэнцефалоскопию, 2) транскраниальную доплерографию 3) электроэнцефалографию, 4) церебральную ангиографию, 5) магнитную стимуляцию головного мозга.	2,4	ТК
44. Для инфаркта мозга в вертебрально-базиллярном бассейне характерно: (2) 1) альтернирующий синдром, 2) моторная афазия, 3) глазодвигательные нарушения, 4) монопарез руки, 5) монопарез ноги.	1,3	ТК
45. Для инфаркта мозга в бассейне средней мозговой артерии характерно: (2) 1) моторная афазия, 2) альтернирующий синдром, 3) гемипарез с преобладанием в ноге, 4) сенсорная афазия, 5) обонятельные галлюцинации.	1,4	ТК
46. Лечение отека при обширном инфаркте мозга: (2) 1) маннитол, 2) глицерол, 3) пирацетам, 4) церебролизин, 5) винпоцетин.	1,2	ТК
47. Какому подтипу ишемического инсульта чаще всего предшествуют эпизоды транзиторной ишемии мозга: (1) 1) атеротромботическому, 2) гемодинамическому, 3) кардиоэмболическому, 4) лакунарному.	1	ТК
48. Для лакунарного инфаркта характерно: (2) 1) очаг менее 15 мм в диаметре, 2) геморрагический характер инфаркта, 3) стеноз внутренней сонной артерии более 70% диаметра, 4) моторная афазия, 5) изолированный гемипарез.	1,5	ТК
49. При лечении варфарином необходим регулярный контроль в крови (1): 1) эритроцитов,	4	ТК

2) лейкоцитов, 3) тромбоцитов, 4) международного нормализующего отношения или протромбинового индекса, 5) фибринолитической активности.		
50. Для вторичной профилактики ишемического инсульта рекомендуется прием антитромбоцитарных средств в течение не менее (1): 1) трех месяцев, 2) шести месяцев, 3) года, 4) двух лет, 5) трех лет	5	ТК

Вид оценочного средства: Ситуационные задачи:

Задача 1. Мужчина 65 лет доставлен в больницу в связи с возникшей утром, за 2 часа до госпитализации, слабостью в левых конечностях. Из анамнеза известно, что пациент длительное время страдает стенокардией напряжения, в течение последнего года отмечаются эпизоды повышения артериального давления до 180/100 мм рт. ст. В течение последних трёх месяцев было несколько кратковременных (до 10 минут) эпизодов преходящей слепоты на правый глаз. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление 180/100 мм рт. ст., пульс – 80 в минуту, ритм правильный, ослаблена пульсация на общей сонной артерии справа, но усилена пульсация височной артерии. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, слабость нижней части мимической мускулатуры слева, при высовывании язык отклоняется влево, снижение силы в левой руке до 1-го балла, в ноге до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов слева, патологический рефлекс Бабинского слева.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Как объяснить эпизоды преходящей слепоты на правый глаз? Чем может быть вызвано изменение пульсации сонных артерий? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 2. Женщина 60 лет доставлена в больницу в связи с онемением в левых конечностях, возникшим рано утром, при пробуждении. В течение 20 лет страдает артериальной гипертензией, обычный уровень артериального давления в последний год – 180-190/100-110 мм рт.ст. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление - 200/120 мм рт.ст., пульс – 70 ударов в минуту, ритм правильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, парезов нет, ослаблена болевая и температурная чувствительность на левой половине лица, туловища и в левых конечностях, рефлексы не изменены, патологических рефлексов нет. Компьютерная томография головы не выявила изменений в головном мозге.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологический синдром и топический диагноз? Клинический диагноз? Предполагаемый патогенез заболевания? Дополнительные методы исследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 3. Женщина 70 лет доставлена в больницу в связи с двоением и слабостью в правых конечностях, которые возникли рано утром, при пробуждении. Пять лет назад больная перенесла инфаркт миокарда, после которого отмечаются приступы мерцательной аритмии. Месяц назад был эпизод головокружения и двоения в глазах, симптоматика полностью регрессировала в течение часа. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 100-140 в минуту, ритм неправильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, парез всех мимических	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Как объяснить эпизод головокружения и двоения месяц назад? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК

мышц слева, сходящееся косоглазие, движение левого глазного яблока кнаружи минимально, движения в правых конечностях отсутствуют, в них повышены сухожильные рефлексы, симптом Бабинского справа.		
Задача 4. Мужчина 55 лет доставлен в больницу в связи с внезапно развившейся слабостью в левых конечностях. Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет периодически отмечаются повышения артериального давления до 180/110 мм рт. ст. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 190/115 мм рт. ст., пульс – 80 в минуту, ритм правильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, слабость нижней части мимической мускулатуры слева, снижение силы в левых конечностях до 3-х баллов, оживление сухожильных рефлексов слева, симптом Бабинского слева.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 5. Мужчина 55 лет доставлен в больницу в связи с развившимися два часа назад нарушениями речи и слабостью в правых конечностях. Три года назад перенёс инфаркт миокарда, в течение последнего года беспокоят приступы стенокардии напряжения. Постоянно принимает аспирин по одной таблетке (100 мг) вечером, нитросорбид по несколько таблеток в день. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., пульс – 75 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, спонтанная речь отсутствует, обращенную речь понимает плохо, движения глазных яблок вправо ограничены, парез нижней части мимической мускулатуры справа, при высовывании девиация языка вправо, отсутствуют движения в правых конечностях, справа ослаблены все виды чувствительности, оживление сухожильных рефлексов справа, симптом Бабинского справа.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 6. Женщина 65 лет доставлена в больницу в связи со слабостью в левых конечностях, которая возникла утром и постепенно нарастает в течение последующих 10 часов. До заболевания считала себя практически здоровой. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 190/100 мм рт.ст., пульс – 80 ударов в минуту, ритм правильный, систолический шум на шее в проекции бифуркации правой общей сонной артерии. Неврологический статус: менингеальных знаков нет, парез нижней части мимической мускулатуры слева, при высовывании девиация языка влево, слабость в левых конечностях до 2-х баллов, снижение болевой чувствительности слева, оживление сухожильных рефлексов слева, симптом Бабинского слева.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Причина шума на шее? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 7. Женщина 70 лет доставлена в больницу в связи с нарушениями речи, которые возникли днём, 3 часа назад. В течение 10 лет страдает ишемической болезнью сердца, имеет постоянную форму мерцательной аритмии. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/110 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 90-120 в минуту, ритм неправильный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, больная возбуждена,	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК

многословна, речь содержит большое количество вербальных парафазий, обращённую речь больная не понимает, парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.		
Задача 8. Женщина 40 лет доставлена в больницу в связи с жалобами на головокружение, тошноту и нарушение глотания, которые возникли днём 2 часа назад. В 30 летнем возрасте диагностирован ревматический порок сердца, по поводу чего наблюдается у кардиолога. При обследовании: в сознании, в области проекции митрального клапана выслушивается диастолический шум, артериальное давление – 150/100 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный, Неврологический статус: менингеальных знаков нет, птоз, миоз и энофтальм справа, голос глухой, глотание невозможно, справа свисает дужка мягкого нёба и отсутствует глоточный рефлекс, парезов конечностей нет, болевая и температурная чувствительность ослаблены на лице справа, на туловище и конечностях слева, интенционный тремор при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной проб в правых конечностях.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 9. Мужчина 65 лет доставлен в больницу в связи с возникшей 4 часа назад слабостью в правой ноге. Год назад перенёс инсульт, сопровождавшийся развитием слабости в левых конечностях, преимущественно в ноге. Сила мышц частично восстановилась. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 75 в минуту, ритм правильный, систолический шум на шее в проекции бифуркации обеих общих сонных артерий. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, насильственный плач, положительные симптомы орального автоматизма, снижение силы до 2-х баллов в правой ноге и до 4-х баллов в правой руке и левой ноге, оживление сухожильных рефлексов, симптом Бабинского с обеих сторон.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение	ТК
Задача 10. Женщина 65 лет доставлена в больницу в связи с развившейся два часа назад слабостью в правых конечностях. Шесть лет назад перенесла инфаркт миокарда, после которого отмечаются приступы стенокардии покоя и напряжения, а также пароксизмы мерцательной аритмии. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 100-140 в минуту, ритм неправильный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, выпадение полей зрения слева, парез нижней части мимической мускулатуры слева, при высывании девиация языка влево, отсутствие движений в левых конечностях с повышением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов слева, симптом Бабинского слева, утрачены все виды чувствительности на левой половине лица, туловища и в левых конечностях. 1) Неврологические синдромы? 2) Топический диагноз? 3) Предварительный клинический диагноз? 4) Дополнительные методы обследования?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК

5) Лечение?		
Задача 11. Мужчина 50 лет доставлен в больницу в связи со слабостью в левых конечностях, которая возникла внезапно днём. В течение последних 20 лет отмечаются эпизоды повышения артериального давления до 180/110 мм рт.ст., обычные значения артериального давления в последний год – 160/90 мм рт.ст. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление - 200/120 мм рт.ст., пульс – 70 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: менингеальных знаков нет, снижение силы в левых конечностях до 3-х баллов, чувствительность не изменена, слева рефлексы оживлены и выявляется симптом Бабинского. На третьи сутки с момента заболевания парез полностью регрессировал, компьютерная томография не выявила изменений в головном мозге.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение	ТК
Задача 12. Женщина 55 лет доставлена в больницу в связи с жалобами на головокружение, тошноту, нарушение глотания, которые возникли днём 2 часа назад. В течение 10 лет отмечаются повышения артериального давления до 180/100 мм рт.ст., около года страдает стенокардией напряжения. При обследовании: сознания - ясное, артериальное давление – 150/100 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный, выслушивается систолический шум в проекции сонных и позвоночных артерий с обеих сторон. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, птоз, миоз и энофтальм слева, голос глухой, нарушено глотание, слева свисает дужка мягкого нёба и отсутствует глоточный рефлекс, парезов мышц конечностей нет, болевая и температурная чувствительность ослаблены на лице слева, на туловище и конечностях - справа, других неврологических нарушений нет.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение	ТК
Задача 13. Мужчина 67 лет доставлен в больницу в связи с развившейся два часа назад слабостью в правой ноге. В течение последних 10 лет страдает сахарным диабетом, гипертонической болезнью, пароксизмальной формой мерцательной аритмии. При осмотре: в ясном сознании, артериальное давление - 170/100 мм рт. ст., частота сердечных сокращений - 92-126 в минуту, ритм неправильный. Менингеальных симптомов нет, слабость в проксимальных отделах правой руки до 4-х баллов, в правой ноге до 2-х баллов, повышение сухожильных рефлексов справа, симптом Бабинского справа, симптомы орального автоматизма.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение	ТК
Задача 14. У женщины 72 лет, страдающей стенокардией напряжения, внезапно развиваются двоение предметов по горизонтали, опущение правого века, слабость в левых конечностях. Через час женщина доставлена в больницу. При обследовании: сознание ясное, менингеальных знаков нет, птоз справа, расходящееся косоглазие, правое глазное яблоко повернуто кнаружи и вниз, правый зрачок расширен, на свет не реагирует. Слабость в левой руке и ноге до 3-х баллов, сухожильные рефлексы повышены слева, симптом Бабинского слева.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение	ТК
Задача 15.	Правильно даны ответы на поставленные	ТК

Мужчина 69 лет предъявляет жалобу на «снижение зрения на левый глаз». Эта жалоба возникла два дня назад. Он обратился к терапевту по месту жительства и был направлен в стационар. В течение последних 10 лет страдает гипертонической болезнью, стенокардией напряжения. При обследовании: артериальное давление - 180/110 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритмичный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, выпадение левых полей зрения, парезов нет, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.	в задаче вопросы: неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение	
Задача 16. Женщина 74 лет обратилась в поликлинику по месту жительства в связи с тем, что час назад у неё возникла слабость в левой руке, которая полностью прошла в течение 10 минут. В течение последних 20 лет страдает гипертонической болезнью, 15 лет – сахарным диабетом. При обследовании: артериальное давление - 160/90 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритмичный, систолический шум на шее в проекции бифуркации правой общей сонной артерии, неврологических нарушений нет.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение	ТК
Задача 17. Женщина 56 лет доставлена в больницу в связи со слабостью в правой руке и нарушением речи. Эти расстройства возникли днём и полностью прошли в течение 15 минут. Врачами «скорой медицинской помощи» отмечено повышение артериального давления до 160/100 мм рт.ст., и пациентка госпитализирована с предварительным диагнозом «Гипертонический церебральный криз». В течение 5 лет отмечаются повышения артериального давления до 160/100 мм рт.ст., обычные значения артериального давления – 140/90 мм рт.ст. Неделю назад у пациентки в течение 10 минут развилась полная потеря зрения на левый глаз. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 140/100 мм рт.ст., пульс – 80 ударов в минуту, ритм правильный, неврологических нарушений нет.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение	ТК
Задача 18. Мужчина 68 лет обратился в поликлинику по месту жительства в связи с тем, что у него в течение последнего месяца было четыре эпизода кратковременной (в течение 5-10 минут) слабости в левых конечностях. В течение последних 5 лет отмечаются эпизодические повышения артериального давления до 160/90 мм рт.ст., обычные значения артериального давления – 140/90 мм рт.ст. При обследовании: артериальное давление - 160/90 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритмичный, систолический шум на шее в проекции бифуркации правой общей сонной артерии, неврологических нарушений нет.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение	ТК
Задача 19. У женщины 71 года, длительное время страдающей артериальной гипертензией и сахарным диабетом, внезапно развиваются слабость и неловкость в правых конечностях, снижение зрения на «правый глаз». В течение последних 10 лет отмечаются эпизодические повышения артериального давления до 200/100 мм рт.ст., обычные значения артериального давления – 150/90	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный,	ТК

мм рт. ст. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление - 180/100 мм рт. ст., пульс – 80 ударов в минуту, ритмичный, менингеальных симптомов нет. Выявлены выпадение правых полей зрения, снижение всех видов чувствительности в правых конечностях. С открытыми глазами больная выполняет пальце-носовую и пяточно-коленную пробу удовлетворительно, но промахивается при закрывании глаз	топический и нозологический диагноз, и указано лечение	
Задача 20. Женщина 38 лет обратилась в связи с остро развившейся асимметрией лица и слабостью в правых конечностях. Из анамнеза известно, что в течение двадцати лет она курит по пачке сигарет в день, около десяти лет применяет оральные контрацептивы. В детском возрасте при эхокардиографии выявлено незаращение овального окна. При осмотре: сознание – ясное, артериальное давление – 120/80 мм рт. ст., пульс - 75 в минуту ритмичный, менингеальных симптомов нет. В неврологическом статусе – левая глазная щель шире правой, при закрывании левого глаза видна белая полоска склеры, отмечается слезотечение, сглажена левая носогубная складка, при улыбке перекос лица вправо, сила в правых конечностях снижена до 3-х баллов, отмечаются оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского справа.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: Неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение	ТК

Раздел дисциплины (тема): Геморрагический инсульт.

Вид оценочного средства: Тестовые задания:

1. Этиология внутримозгового кровоизлияния: (4) 1) артериальная гипертония, 2) гемофилия, 3) артерио-венозная мальформация, 4) фибрилляция предсердий, 5) амилоидная ангиопатия.	1-3,5	ТК
2. Неврологические синдромы, характерные для кровоизлияния в правое полушарие головного мозга: (2) 1) поражение левого зрительного нерва, 2) левосторонний центральный гемипарез, 3) парез мимических мышц по периферическому типу слева, 4) левосторонняя гемигипестезия, 5) синдром Горнера слева.	2,4	ТК
3. Самая частая локализация кровоизлияния по механизму диапедезного пропитывания: (1) 1) лобная доля, 2) теменная доля, 3) затылочная доля, 4) внутренняя капсула, 5) зрительный бугор.	5	ТК
4. Для кровоизлияния в мозжечок характерно: (4) 1) головная боль, 2) атаксия в конечностях, 3) амнестическая афазия, 4) головокружение, 5) ригидность шейных мышц.	1,2,4,5	ТК
5. Профилактика спазма церебральных артерий после клипирования аневризмы при нетравматическом субарахноидальном кровоизлиянии: (2) 1) эписилон-аминокапроновая кислота,	2,4	ТК

2) нимодипин, 3) церебролизин, 4) гемодилюция, 5) пирацетам.		
6. Этиология нетравматического субарахноидального кровоизлияния: (2) 1) мешотчатая аневризма, 2) ревматический порок сердца, 3) употребление кокаина, 4) мерцательная аритмия, 5) церебральный атеросклероз.	1,3	ТК
7. Типичная локализация нетравматических внутримозговых гематом: (3) 1) продолговатый мозг, 2) варолиев мост, 3) мозжечок, 4) базальные ганглии и внутренняя капсула, 5) кора лобной доли.	2-4	ТК
8. Внутримозговое кровоизлияние вследствие амилоидной ангиопатии: (2) 1) часто локализуется в одной из долей полушария головного мозга (лобарная гематома), 2) развивается преимущественно у лиц молодого возраста, 3) нередко повторяется через различные интервалы времени, 4) часто сочетается с артериальной аневризмой, 5) часто сочетается с артериовенозной мальформацией.	1,3	ТК
9. При нетравматическом субарахноидальном кровоизлиянии для выявления сосудистой мальформации наиболее информативны: (2) 1) КТ головы, 2) МРТ головы 3) МР-ангиография головы, 4) церебральная ангиография, 5) люмбальная пункция.	3,4	ТК
10. Применение эpsilon-аминокапроновой кислоты при субарахноидальном нетравматическом кровоизлиянии: (2) 1) предупреждает повторное кровоизлияние, 2) улучшает кровоснабжение головного мозга, 3) предупреждает развитие спазма церебральных артерий, 4) может осложниться развитием тромбоза.	1,4	ТК
11. Причины нетравматического внутримозгового кровоизлияния: (3) 1) артерио-венозная мальформация, 2) гипертоническая болезнь, 3) эритремия 4) искусственный клапан сердца 5) антикоагулянтная терапия	1,2,5	ТК
12. Для внутримозгового нетравматического кровоизлияния характерно: (3) 1) ригидность шейных мышц, 2) нарушение сознания, 3) гемипарез, 4) постепенное нарастание очаговых неврологических нарушений, 5) синдром Валленберга-Захарченко.	1-3	ТК
13. Типичные осложнения нетравматического субарахноидального кровоизлияния: (2) 1) инфаркт миокарда, 2) артериальная гипотония, 3) спазм церебральных артерий,	3,4	ТК

4) 5)	повторное субарахноидальное кровоизлияние, гнойный менингит.		
14. Хирургическое лечение наиболее эффективно при кровоизлиянии в: (1) 1) зрительный бугор, 2) подкорковые ядра, 3) лобную долю, 4) мозжечок, 5) височную долю.		4	ТК
15. Нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние: (3) 1) возникает преимущественно в пожилом возрасте, 2) имеет хроническое течение, 3) часто вызвано разрывом мешотчатой аневризмы, 4) обычно начинается с интенсивной головной боли, 5) может осложняться ишемическим инсультом.		3-5	ТК
16. Разрыв мешотчатой аневризмы обычно вызывает: (1) 1) внутримозговое кровоизлияние, 2) субарахноидальное кровоизлияние, 3) острую гипертоническую энцефалопатию, 4) лакунарный инсульт, 5) транзиторную ишемическую атаку.		2	ТК
17. Для установления диагноза внутримозгового кровоизлияния наиболее информативно: (1) 1) люмбальная пункция, 2) эхоэнцефалоскопия, 3) рентгеновская компьютерная томография головы, 4) церебральная ангиография, 5) электроэнцефалография.		3	ТК
18. Прогностические факторы плохого исхода внутримозгового кровоизлияния: (4) 1) кома, 2) гемиплегия, 3) пожилой возраст больного, 4) гипергликемия, 5) локализация гематомы в полушарии головного мозга.		1-4	ТК
19. Лечение отёка мозга при кровоизлиянии в мозг: (3) 1) дексазон, 2) маннитол, 3) глицерол, 4) пирацетам, 5) реополиглюкин.		1-3	ТК
20. Для субарахноидального кровоизлияния характерно: (2) 1) вестибулярная атаксия, 2) ригидность шейных мышц, 3) нарушение сознания, 4) сенсорная афазия, 5) синдром Валленберга-Захарченко.		2,3	ТК
21. Профилактика повторного субарахноидального кровоизлияния: (1) 1) нимодипин, 2) пирацетам, 3) дексазон, 4) диазепам, 5) хирургическое выключение аневризмы.		5	ТК
22. Кровь в ликворе характерна для: (3) 1) внутримозгового кровоизлияния, 2) геморрагического инфаркта мозга, 3) субарахноидального кровоизлияния, 4) лакунарного инсульта, 5) атеротромботического инсульта.		1-3	ТК

23. Частая локализация мешотчатой аневризмы: (3) 1) средняя мозговая артерия, 2) перфорирующие артерии мозга, 3) передняя соединительная артерия, 4) задняя соединительная артерия.	1,3,4	ТК
24. При кровоизлиянии в варолиев мост не возникает: (1) 1) нарушение сознания, 2) тетраплегия 3) альтернирующий синдром, 4) сенсорная афазия, 5) периферический парез мимических мышц.	4	ТК
25. Соотношение частоты развития геморрагического и ишемического инсультов составляет: (1) 1) 1:1, 2) 1:2, 3) 1:4, 4) 2:1, 5) 4:1.	3	ТК
26. Основные методы диагностики субарахноидального кровоизлияния: (2) 1) люмбальная пункция, 2) дуплексное сканирование сонных и позвоночных артерий, 3) эхоэнцефалоскопия, 4) рентгеновская компьютерная томография, 5) электроэнцефалография.	1,4	ТК
27. Раннее хирургическое вмешательство при нетравматическом субарахноидальном кровоизлиянии: (2) 1) уменьшает риск повторного кровоизлияния, 2) проводится при коматозном состоянии больного, 3) предупреждает развитие спазма церебральных артерий, 4) заключается в стентировании артерии.	1,3	ТК
28. Для кровоизлияния в таламус характерно: (3) 1) нарушение сознания, 2) гемианестезия, 3) гемиатаксия, 4) дисфагия, 5) синдром Горнера.	1-3	ТК
29. Показания к раннему хирургическому лечению при субарахноидальном кровоизлиянии: (1) 1) травматический генез заболевания, 2) кома, 3) гемиплегия, 4) мешотчатая аневризма, 5) тотальная афазия.	4	ТК
30. КТ головы чаще выявляет субарахноидальное кровоизлияние: (1) 1) в первые сутки, 2) на 3-й день, 3) на 7-й день, 4) на 14-й день, 5) на 21-й день.	1	ТК
31. Профилактика спазма церебральных артерий при субарахноидальном кровоизлиянии: (1) 1) аспирин, 2) варфарин, 3) гепарин, 4) нимодипин, 5) церебролизин.	4	ТК
32. Наиболее информативный метод диагностики церебральной аневризмы: (1) 1) магнитно-резонансная томография, 2) магнитно-резонансная ангиография,	4	ТК

3) рентгеновская компьютерная томография, 4) церебральная ангиография, 5) транскраниальная доплерография.		
33. Причина развития гемипареза на 10-ые сутки субарахноидального нетравматического кровоизлияния: (1) 1) отек мозга, 2) синдром верхнего вклинения, 3) синдром нижнего вклинения, 4) спазм церебральных артерий.	4	ТК
34. Показания к хирургическому лечению внутримозговых гематом: (3) 1) объем гематомы более 40 мл, 2) наличие мешотчатой аневризмы, 3) коматозное состояние больного, 4) гематома мозжечка, 5) гемиплегия.	1,2,4	ТК
35. Этиология внутримозговых кровоизлияний: (3) 1) артериальная гипертензия, 2) атеросклероз, 3) амилоидная ангиопатия, 4) употребление кокаина, 5) у женщин использование оральных контрацептивов.	1,3,4	ТК
36. Наиболее частая причина внутримозгового кровоизлияния в молодом возрасте: (1) 1) ревматический порок сердца, 2) амилоидная ангиопатия, 3) артерио-венозная мальформация, 4) эритремия, 5) церебральный атеросклероз.	3	ТК
37. Наиболее частая локализация внутримозгового кровоизлияния при артериальной гипертонии: (4) 1) скорлупа, 2) кора лобной доли, 3) кора теменной доли, 4) кора височной доли, 5) продолговатый мозг.	1	ТК
38. Для кровоизлияния в базальные ганглии и внутреннюю капсулу характерно: (3) 1) гемиплегия, 2) гемианестезия, 3) гемианопсия, 4) дисфагия, 5) дисфония.	1-3	ТК
39. Факторы риска спонтанного субарахноидального кровоизлияния: (3) 1) артериальная гипертензия, 2) гиперхолестеринемия, 3) злоупотребление алкоголем, 4) наследственная отягощенность субарахноидальным кровоизлиянием, 5) курение.	1,3,4	ТК
40. Вторичная профилактика кровоизлияния в мозг: (1) 1) аспирин, 2) варфарин, 3) отказ от злоупотребления алкоголем, 4) статины, 5) лечение артериальной гипертензии.	3,5	ТК

Вид оценочного средства: *Ситуационные задачи:*

Задача 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?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение	ТК
Задача 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?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение	ТК
Задача 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, симптом Бабинского выявляется слева. 1. Неврологические синдромы? 2. Предполагаемое место поражения? 3. Предварительный клинический диагноз?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение	ТК

4. Наиболее информативное дополнительное исследование? 5. Лечение, если диагноз подтвердится?		
Задача 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, снижение силы в левых конечностях до двух баллов, 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? 7. Прогноз течения заболевания?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение	ТК
Задача 5. Женщина 60 лет доставлена в больницу в связи с головной болью, онемением и неловкостью в правых конечностях, которые возникли днём на фоне эмоционального напряжения. В течение длительного времени наблюдается кардиологом с диагнозом: «Гипертоническая болезнь», обычные значения артериального давления в последний год – 180-190/100-110 мм рт.ст. При обследовании: спутанное состояние сознания, сонливость, артериальное давление – 200/120 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, снижение всех видов чувствительности на правой половине лица, туловища и в правых конечностях, движения в них неловкие, при пальценосовой и пяточно-коленной пробах наблюдается промахивание при закрывании глаз, сила в конечностях достаточная, сухожильные рефлексы и мышечный тонус снижены в правых конечностях. 1. Неврологические синдромы? 2. Топический диагноз? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные обследования и их предполагаемые результаты? 5. Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение	ТК
Задача 6. Мужчина 75 лет доставлен в больницу в связи с головной болью, головокружением, шаткостью походки и неловкостью в конечностях, которые	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы?	ТК

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? 8. Прогноз течения заболевания?	Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение	
Задача 7. Женщина 70 лет доставлена в больницу в связи с головной болью и слабостью в левых конечностях, которые возникли днём в период уборки квартиры. В течение десяти последних лет отмечаются периодические подъёмы артериального давления до 160/100 мм рт.ст, обычные значения артериального давления -150/90 мм рт.ст. . При обследовании: в сознании, артериальное давление – 170/100 мм рт.ст., пульс – 70 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, парез нижней части мимических мышц слева, при высовывании девиация языка влево, снижение силы в левой руке до 2-х баллов и в левой ноге до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева. 1) Неврологические синдромы? 2) Топический диагноз? 3) Предварительный клинический диагноз? 4) Дополнительные обследования и их предполагаемые результаты? 5) Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение	ТК
Задача 8. У мужчины 55 лет, постоянно принимающего фенилин в дозе 90 мг/сут после перенесённого инфаркта миокарда, возникли головная боль и нарушение зрения на «левый глаз». При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 160/100 мм рт.ст., частота сердечных сокращение – 76-125 в минуту, ритм неправильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, выпадение левых полей зрения, парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет. В биохимическом анализе крови протромбиновый индекс – 40%, международное нормализующее отношение – 4,0, в анализе мочи обнаружены эритроциты. 1) Неврологические синдромы? 2) Топический диагноз?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение	ТК

3) Предварительный клинический диагноз? 4) Предполагаемая причина (этиология) заболевания? 5) Дополнительные обследования и их предполагаемые результаты? 6) Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?		
Задача 9. У молодой женщины 30 лет в кафе остро возникли сильная головная боль, тошнота, рвота, через несколько минут нарушилось сознание. Врачи «скорой медицинской помощи» выявили сопор, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., пульс – 80 ударов в минуту, ритм правильный, ригидность шейных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского. Парезов и других неврологических нарушений не обнаружено. 1) Неврологические синдромы? 2) Предварительный клинический диагноз? 3) Предполагаемая причина (этиология) заболевания? 4) Дополнительные обследования? 5) Врачебная тактика?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение	ТК
Задача 10. 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? Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение	ТК
Задача 11. У женщины 70 лет во время стирки белья появились интенсивная головная боль, тошнота и рвота, повысилось артериальное давление до 190/100 мм рт.ст. при обычном 150/90 мм рт.ст. Врачи «скорой медицинской помощи» установили: сознание ясное, артериальное давление – 180/110 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный, ригидность шейных мышц, парезов и других неврологических нарушений нет. Состояние больной расценено как «гипертонический церебральный криз» и ей предложена госпитализация в терапевтическое отделение многопрофильной больницы. 1) Неврологические синдромы? 2) Предварительный клинический диагноз?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение	ТК

Согласны ли Вы с диагнозом «гипертонический церебральный криз»? 3) Предполагаемая причина (этиология) заболевания? 4) Врачебная тактика?		
Задача 12. У мужчины 45 лет в сауне возникла интенсивная головная боль, которая продолжалась около 6 часов и постепенно ослабла. На следующий день он обратился к врачу поликлиники в связи с возникшим двоением. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление повышено до 160/100 мм рт.ст. при обычном АД – 140/80 мм рт.ст., пульс – 80 ударов в минуту, ритм правильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, полуптоз справа, правый зрачок шире левого, его реакция на свет ослаблена, расходящееся косоглазие, движение правого глазного яблока ограничено внутрь, вверх и вниз, других неврологических нарушений нет. 1) Неврологические синдромы? 2) Топический диагноз? 3) Предварительный клинический диагноз? 4) Предполагаемая причина (этиология) заболевания? 5) Врачебная тактика?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение	ТК
Задача 13. Мужчина 55 лет доставлен в больницу в связи с интенсивной головной болью, тошнотой и рвотой, спутанностью сознания. Два дня назад появилась и постепенно выросла головная боль, артериальное давление повысилось до 200/120 мм рт.ст. В течение 10 лет артериальное давление повышается до 200/120 мм рт.ст., обычное артериальное давление – 160/100 мм рт.ст. При обследовании: в сознании, но сонлив, на вопросы отвечает односложно, быстро устаёт, жалуется на тошноту, артериальное давление – 230/140 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, парезов и других неврологических нарушений нет. При компьютерной томографии головы обнаружены признаки отёка головного мозга в задних отделах больших полушарий без очаговых изменений. 1) Клинический диагноз? 2) Патогенез и прогноз заболевания? 3) Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение	ТК
Задача 14. У женщины 72 лет внезапно возникла сильная головная боль в затылочной области с тошнотой и светобоязнью. Бригадой «скорой медицинской помощи» больная была доставлена в стационар. До заболевания считала себя практически здоровой, обычное артериальное давление – 120/80 мм рт.ст. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 150/90 мм рт.ст., пульс - 88 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, парезов и других неврологических нарушений нет. При компьютерной томографии головы обнаружено признаки локального скопления крови в области базальной цистерны вокруг среднего мозга. По данным церебральной ангиографии данных за патологию церебральных артерий не	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение	ТК

получено. 1) Клинический диагноз? 2) Предположительная причина (этиология) заболевания? 3) Лечение? 4) Прогноз заболевания?		
Задача 15. Женщина 81 года доставлена в больницу бригадой «скорой медицинской помощи» в связи с головной болью, головокружением, рвотой и неловкостью в правых конечностях. Заболевание развилось остро, после того как больная оступилась и упала, травму головы при падении отрицает. При расспросе установлено, что два года назад лечилась в стационаре по поводу геморрагического инсульта (при компьютерной томографии головы выявлялось кровоизлияние в левой теменной доле), отмечалось полное восстановление неврологических функций. При обследовании: в сознании, но на вопросы отвечает односложно, быстро истощается, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., пульс – 60 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, горизонтальный и вертикальный нистагм, интенционный тремор в конечностях при выполнении пальценосовой и пяточноколенной проб, мышечная гипотония, парезов и других неврологических нарушений нет. 1) Неврологические синдромы? 2) Предварительный клинический диагноз? 3) Предполагаемая причина (этиология) заболевания? 4) Лечение и прогноз?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Топический диагноз? Предварительный клинический диагноз? Дополнительные методы обследования? Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение	ТК

Шифр и наименование компетенции:

–способность и готовность определять цели и самостоятельно или в кооперации с коллегами разрабатывать программы психологического вмешательства с учётом нозологических и индивидуально-психологических характеристик, квалифицировано осуществлять клинко-психологическое вмешательство в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития (ПК-5);

Раздел дисциплины (тема): Головные и лицевые боли.

Вид оценочного средства: *Тестовые задания:*

1. Факторы, провоцирующие приступ мигрени (3): 1) эмоциональный стресс, 2) недостаточный сон, 3) чтение перед сном, 4)тяжелая физическая работа	1),2),4)	ТК
2. Наличие триггерной зоны на лице, раздражение которой провоцирует приступ боли, характерно для (1): 1) мигрени без ауры, 2) мигрени с аурой, 3) головной боли напряжения, 4) пучковой головной боли, 5)невралгии тройничного нерва	5)	ТК
3. Для профилактики приступов мигрени используют (2): 1) имигран, 2) зомиг, 3) amitriptilin,	3),4)	ТК

4) атенолол, 5) пирацетам		
4. Для головной боли напряжения характерна боль (1): 1) пульсирующая, 2) односторонняя, 3) пароксизмальная, 4) давящего характера в виде «обруча»	4)	ТК
5. Приступы мигрени (2): 1) чаще наблюдаются у женщин, 2) появляются в юношеском или молодом возрасте, 3) усиливаются в пожилом возрасте, 4) длятся не более 4-х часов	1),2)	ТК
6. Наиболее распространенный тип головной боли (1): 1) мигрень, 2) пучковая головная боль, 3) головная боль напряжения, 4) гипертензионная головная боль, 5) вызванная повышением артериального давления головная боль	3)	ТК
7. Для мигрени не характерно (1): 1) семейный характер заболевания, 2) односторонность боли, 3) пульсирующий характер боли, 4) учащение приступов в пожилом возрасте, 5) периодичность возникновения	4)	ТК
8. Хроническая пароксизмальная гемикрания (3): 1) возникает преимущественно у женщин, 2) продолжается не менее 2 часов, 3) купируется индометацином, 4) сопровождается слезотечением, ринореей, покраснением глаза, отеком века	1),3),4)	ТК
9. Лечение приступа мигрени (2): 1) пирацетам, 2) дигидроэрготамин (дигидергот), 3) суматриптан (имигран), 4) карбамазепин, 5) пентоксифиллин.	2),3)	ТК
10. Пучковая головная боль (2): 1) продолжается 15-80 минут, 2) возникает преимущественно у женщин, 3) сопровождается слезотечением, ринореей, покраснением глаза, отеком века, 4) купируется парацетомолом.	1),3)	ТК
11. Лечение невралгии тройничного нерва (1): 1) пирацетам (ноотропил), 2) карбамазепин (финлепсин), 3) винпоцетин (кавинтон), 4) ривастигмин (экселон).	2)	ТК
12. Головная боль при мигрени (4): 1) ощущается с одной стороны (гемикрания), 2) носит пульсирующий характер, 3) усиливается при физических нагрузках, 4) вызывается при раздражении курковых (триггерных) зон, 5) сопровождается тошнотой и рвотой.	1-3), 5)	ТК
13. Факторы развития головной боли напряжения (3): 1) эмоциональные нарушения (повышенная тревожность и депрессия), 2) тяжелая физическая работа, 3) употребление шоколада, сыра или апельсинов, 4) врожденная предрасположенность к мышечному напряжению.	1),2),4)	ТК
14. Невралгия тройничного нерва (2): 1) носит пароксизмальный характер,	1),3)	ТК

2) 3) 4)	возникает преимущественно в молодом возрасте, вызывается при раздражении курковых (триггерных) зон, купируется ацетилсалициловой кислотой (аспирином).		
15. Лечение пучковой головной боли (2): 1) 2) 3) 4)	ненаркотические анальгетики, наркотические анальгетики, ингаляции кислорода, суматриптан (имигран).	3),4)	ТК
16. Профилактика пучковых головных болей (1): 1) 2) 3) 4)	имигран (суматриптан), карбонат лития, дигидергот, наркотические анальгетики.	2)	ТК
17. Боли, вызванные патологией височно-нижнечелюстного сустава (4): 1) 2) 3) 4)	ощущаются в области щеки, челюсти и виска, сопровождаются тошнотой и рвотой, сочетаются с болезненностью при пальпации височно-нижнечелюстного сустава, сочетаются с неправильным прикусом, усиливаются при жевании	1-3),5)	ТК
18. Профилактика приступов мигрени (2): 1) 2) 3) 4)	агонисты серотониновых рецепторов, β -адреноблокаторы, ноотропные средства, трициклические антидепрессанты.	2),4)	ТК
19. Для височного артериита не характерно (1): 1) 2) 3) 4)	ускорение СОЭ, развитие в молодом возрасте, боль в одной или обеих височных областях, продолжительность боли в течение недель и месяцев.	2)	ТК
20. Боли при невралгии тройничного нерва (2): 1) 2) 3) 4)	локализуются в области виска или лба, продолжаются секунды или минуты, чередуются с обеих сторон, носят пароксизмальный характер.	2),4)	ТК
21. При офтальмоплегической мигрени (3): 1) 2) 3) 4)	боль носит пульсирующий характер, возникают глазодвигательные нарушения, боль ощущается с одной стороны, развивается потеря зрения.	1-3)	ТК
22. При пучковой головной боли может развиваться синдром (1): 1) 2) 3) 4)	Бернара-Горнера, Вебера, Броун-Секара, Валленберга-Захарченко.	1)	ТК
23. Тошнота, рвота, свето- и(или) звукобоязнь характерны для (2): 1) 2) 3) 4) 5)	мигрени без ауры, мигрени с аурой, пучковой головной боли, невралгии тройничного нерва, эпизодической головной боли напряжения.	1),2)	ТК
24. Лечение хронической головной боли напряжения (2): 1) 2) 3) 4) 5)	антидепрессанты, наркотические анальгетики, миорелаксанты, ингаляции кислорода, ноотропные средства.	1),3)	ТК
25. Дефект зрения, типичный для мигрени с аурой (1): 1) 2) 3)	центральная скотома, гомонимная «мерцающая» скотома, зрительные галлюцинации,	2)	ТК

4) биназальная гемиянопсия, 5) битемпоральная гемиянопсия.		
26. Мигрень (3): 1) имеет пароксизмальный характер, 2) сопровождается очаговой неврологической симптоматикой вне приступа, 3) часто носит семейный характер, 4) ослабевает по выраженности в пожилом возрасте, 5) чаще встречается у мужчин.	1),3),4)	ТК
27. Головные боли напряжения (1): 1) носят сжимающий или давящий характер, 2) часто сопровождаются тошнотой и рвотой, 3) возникают преимущественно в юношеском возрасте, 4) длятся не более суток, 5) сопровождаются очаговой неврологической симптоматикой.	1)	ТК
28. Невралгия тройничного нерва (2): 1) проявляется пароксизмами боли до нескольких минут, 2) чаще возникает в пожилом возрасте, 3) часто сопровождается парезом мимических мышц, 4) купируется пирарцетамом (ноотропил).	1),2)	ТК
29. Лечение невралгии тройничного нерва (1) : 1) индометацин, 2) дигидроэрготамин (дигидергот), 3) пирарцетам (ноотропил), 4) карбамазепин (финлепсин).	1)	ТК
30. Купирование приступа мигрени (2): 1) агонисты серотониновых рецепторов, 2) антидепрессанты, 3) эрготаминсодержащие препараты, 4) сосудорасширяющие средства, 5) антикоагулянты.	1),3)	ТК

Вид оценочного средства: Ситуационные задачи:

Задача 1. Женщина 30 лет, предъявляет жалобы на приступообразные головные боли пульсирующего характера, чаще справа. Считает себя больной в течение 10 лет. Приступу цефалгии предшествуют зрительные нарушения в виде выпадения левых полей зрения. Зрительные нарушения длятся 10-15 мин., затем возникает головная боль. Приступ продолжается от 3-4 часов до 2 суток и сопровождается тошнотой, рвотой, светобоязнью. Физическая нагрузка во время приступа резко усиливает боль. Приступ цефалгии провоцируется эмоциональным напряжением, длительным нахождением в душном помещении, иногда менструальным циклом. Частота приступов 1-2 в месяц. Аналогичные головные боли у матери и бабушки больной. При неврологическом исследовании нарушений не выявлено. 1. Клинический диагноз? 2. Лечение в период приступов головной боли? 3. Профилактика приступов головной боли?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1. Клинический диагноз? 2. Лечение в период приступов головной боли? 3. Профилактика приступов головной боли?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 2. Женщина 50 лет предъявляет жалобы на диффузные головные боли давящего характера, которые напоминают «сдавливание головы обручем». Дебют заболевания больная связывает с психотравмирующей ситуацией (развод с мужем 5 лет назад). В начале заболевания головные боли возникали 2-3 раза в неделю; в течение последних месяцев они стали	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1. Клинический диагноз? 2. Необходимо ли проведение дополнительных исследований? Если да, какие исследования? 3. Лечение?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано	ТК

постоянными. Физическая нагрузка на характер головной боли не влияет. Семейный анамнез не отягощен. При обследовании отмечается болезненность при пальпации перикраниальных мышц и мышц шеи, очаговых симптомов поражения нервной системы не выявлено. 1. Клинический диагноз? 2. Необходимо ли проведение дополнительных исследований? Если да, какие исследования? 3. Лечение?	лечение	
Задача 3. Мужчина 40 лет жалуется на периодически возникающие стереотипные приступы интенсивной боли в области правого глаза в течение 10 лет. Боли чаще возникают ночью. Приступ сопровождается слезотечением, покраснением конъюнктивы, ринореей. Длительность приступа 10-40 минут, количество таких приступов может достигать до 6-8 в сутки. Длительность обострения – около месяца, ремиссии – около года. При неврологическом обследовании на стороне головной боли отмечаются сужение глазной щели, сужение зрачка и отек век, другой патологии со стороны нервной системы не выявлено. 1. Клинический диагноз? 2. Необходимо ли провести дополнительные исследования? Если да, какие исследования? 3. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1. Клинический диагноз? 2. Необходимо ли проведение дополнительных исследований? Если да, какие исследования? 3. Лечение?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение	ТК
Задача 4. Девушку 18 лет в течение 5 лет беспокоит головная боль пульсирующего характера в левой (реже в правой) лобно-височно-затылочной области. Головная боль возникает приступообразно и сопровождается тошнотой, рвотой, фонофобией и фотофобией. Длительность приступа от нескольких часов до 2-3 суток. Приступ цефалгии часто возникает при переутомлении, эмоциональном напряжении. Частота приступов 1–2 раза в месяц. В неврологическом статусе изменений нет. Аналогичные головные боли у матери больной и ее бабушки. 1. Клинический диагноз? 2. Необходимо ли провести дополнительные исследования? Если да, какие исследования? 3. Лечение в период приступа? 4. Профилактика приступов?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1. Клинический диагноз? 2. Необходимо ли проведение дополнительных исследований? Если да, какие исследования? 3. Лечение в период приступа? 4. Профилактика приступов?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение	ТК
Задача 5. Женщина 34 лет жалуется на пульсирующие головные боли в лобно-височно-затылочной локализации, которые чаще возникают справа. Головной боли предшествует слабость в левых конечностях в течение 20-30 минут. Затем развивается приступ цефалгии, который сопровождается тошнотой, рвотой, светобоязнью. Длительность приступа от 4-х часов до 2-3 суток. Головные боли беспокоят с 15 лет, они длительно возникали не чаще одного раза в месяц, но в последний год участились до 3-6 приступов в месяц, что пациентка связывает с возросшими физическими нагрузками, необходимостью работать в ночное время. У отца и брата аналогичные головные боли. В неврологическом статусе вне приступа у пациентки нет нарушений. При магнитно-резонансной томографии головного мозга не выявлено патологии.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1. Клинический диагноз? 2. Лечение во время приступа головной боли? 3. Профилактика приступов цефалгии?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК

1. Клинический диагноз? 2. Лечение во время приступа головной боли? 3. Профилактика приступов цефалгии?		
Задача 6. Мужчина 45 лет предъявляет жалобы на приступы сильной боли в области правого глаза, продолжающиеся от 15 до 60 минут. В период приступа боли отмечаются покраснение глаза, слезотечение, заложенность носа. Приступы беспокоят с 30 лет, их частота колеблется от 1 до 8 в день. Они продолжаются в течение месяца, затем боли не беспокоят в течение 2-3 лет. Вне приступа неврологических нарушений нет. При магнитно-резонансной томографии головного мозга не выявлено патологии. 1. Клинический диагноз? 2. Необходимо ли проведение дополнительных исследований? 3. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1. Клинический диагноз? 2. Необходимо ли проведение дополнительных исследований? 3. Лечение?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 7. Женщина 25 лет жалуется на приступообразные головные боли пульсирующего характера в лобно-височной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, светобоязнью. Боли чаще возникают на левой стороне головы. Приступу цефалгии предшествуют нарушения речи в виде дизартрии в течение 10-15 минут. Затем развивается приступ цефалгии. Во время приступа больная не переносит громкие звуки, запахи. Она предпочитает лежать в постели в темном помещении. Длительность приступа от 6-8 часов до 2-х суток. Частота приступов до 1-2 раз в месяц. У отца больной и брата возникают аналогичные приступы. При неврологическом обследовании нарушений нет. 1. Клинический диагноз? 2. Необходимо ли провести дополнительные исследования? Если да, какие исследования? 3. Лечение в период приступа? 4. Профилактика приступов?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1. Клинический диагноз? 2. Необходимо ли провести дополнительные исследования? Если да, какие исследования? 3. Лечение в период приступа? 4. Профилактика приступов?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 8. Мужчина 60 лет предъявляет жалобы на боли пульсирующего, ноющего характера в височной области с обеих сторон. Головные боли появились около года назад, в дебюте заболевания отмечались потеря аппетита, повышение температуры, потливость, миалгии, артралгии. При пальпации определяется извитая, плотная и болезненная височная артерия с обеих сторон. Очаговой неврологической симптоматики нет. В клиническом анализе крови: гипохромная анемия, умеренный лейкоцитоз, увеличение СОЭ до 35 мм/час. 1. Предварительный клинический диагноз? 2. Дополнительные обследования и их вероятные результаты? 3. Лечение, если подтвердится предварительный диагноз?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1. Предварительный клинический диагноз? 2. Дополнительные обследования и их вероятные результаты? 3. Лечение, если подтвердится предварительный диагноз?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 9. Мужчина 45 лет предъявляет жалобы на постоянные ноющие боли в правой околоушной области. Боли часто распространяются в ухо, висок, подчелюстную область, шею. Они усиливаются при жевании и открывании рта. При пальпации лица обнаруживаются триггерные точки в жевательных и височных мышцах. Открывание рта ограничено, оно возможно лишь на	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1. Клинический диагноз? 2. Необходимо ли проведение дополнительных исследований? 3. Лечение?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано	ТК

толщину двух проксимальных межфаланговых суставов. Патологии со стороны нервной системы не выявлено. На рентгенограммах не обнаружено изменений височно-нижнечелюстного сустава. 1. Клинический диагноз? 2. Необходимо ли проведение дополнительных исследований? 3. Лечение?	лечение.	
Задача 10. Мужчина 40 лет жалуется на приступы сильных болей, сверлящего, жгучего характера в правой орбитальной, супраорбитальной или височной области с иррадиацией в щеку, ухо, зубы или в область шеи. Болен в течение 15 лет. Длительность боли варьирует от 15 минут до 3 ч. Частота атак от 1 до 8 в сутки. Боли длятся 2-6 недель, а затем исчезают на несколько месяцев или лет. Во время приступа на стороне боли отмечаются конъюнктивальная инъекция, слезотечение, заложенность носа, потливость лица, отек века, птоз и миоз. Других изменений в неврологическом статусе не выявлено. 1. Клинический диагноз? 2. Необходимо ли проведение дополнительных исследований? 3. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1.Клинический диагноз? 2.Необходимо ли проведение дополнительных исследований? 3.Лечение?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 11. Женщина 25 лет жалуется на периодическую головную боль, возникающую то в левой, то в правой височной области. Боль носит пульсирующий характер, сопровождается рвотой и наблюдается в начале менструального периода. Впервые головная боль появилась в возрасте 18 лет. В последние годы приступы стали продолжительными и сопровождаются повторными рвотами. Мать больной в молодости страдала аналогичными головными болями. В неврологическом статусе не выявлено нарушений. Обращают на себя внимание вазомоторная лабильность лица, гипергидроз ладоней, артериальное давление 85/60 мм рт.ст. В соматическом статусе не обнаружено изменений. 1. Клинический диагноз? 2. Необходимо ли проведение дополнительных исследований? 3. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1.Клинический диагноз? 2.Необходимо ли проведение дополнительных исследований? 3.Лечение?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 12. Женщина 63 лет предъявляет жалобы на сильнейшие стреляющие боли в нижней челюсти справа. Боли беспокоят уже три года, возникают ежедневно, носят пароксизмальный характер, провоцируются холодом. Длительность пароксизма от нескольких секунд до 1 минуты. Предполагая стоматологическую причину болей, пациентка санировала все зубы, однако приступы продолжались. В неврологическом статусе вне приступа не обнаружено изменений. 1. Клинический диагноз? 2. Необходимо ли проведение дополнительных исследований? 3. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1.Клинический диагноз? 2.Необходимо ли проведение дополнительных исследований? 3.Лечение?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 13. Женщина 70 лет предъявляет жалобы на приступы сильнейших болей в правой половине лица. Считает	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1.Клинический диагноз?	ТК

себя больной около 10 лет. Боли возникают внезапно, длятся несколько секунд и носят острый, режущий характер. Приступы болей провоцируются разговором, жеванием, прикосновением к коже около крыла носа справа. Боль начинается в области верхней губы и распространяется на верхние зубы и скуловую кость справа. Между приступами в неврологическом статусе отмечаются болезненность при пальпации инфраорбитальной точки справа, гиперестезия в области верхней челюсти справа. 1. Клинический диагноз? 2. Необходимо ли проведение дополнительных исследований? 3. Лечение?	2.Необходимо ли проведение дополнительных исследований? 3.Лечение?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	
Задача 14. Мужчина 35 лет предъявляет жалобы на периодически возникающие сильные боли в области правого глаза, сопровождающиеся слезотечением, покраснением глаза, заложенностью правой половины носа. Длительность приступа, во время которого боль постепенно усиливается и распространяется на правую височную область, не превышает 1 часа. Боли появились в 30 лет, они продолжаются в течение одного или двух месяцев, затем наступает ремиссия на протяжении нескольких месяцев. При неврологическом обследовании вне приступа отмечается неполный синдром Горнера справа, другой неврологической симптоматики не выявляется. 1. Клинический диагноз? 2. Необходимо ли проведение дополнительных исследований? 3. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1.Клинический диагноз? 2.Необходимо ли проведение дополнительных исследований? 3.Лечение?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 15 Родители 8-летней девочки сообщают, что у ребенка примерно один раз в месяц отмечаются приступы болей в животе, сопровождающиеся тошнотой, побледнением кожных покровов. Часто боли в животе сочетаются с головной болью лобно-височной локализации. Длительность приступов составляет несколько часов. При неоднократном гастроэнтерологическом обследовании патологии со стороны желудочно-кишечного тракта не выявлено. Неврологическое обследование вне приступа также не обнаруживает отклонений от нормы. Аналогичные эпизоды головной боли отмечаются у матери больной. 1. Клинический диагноз? 2. Необходимо ли проведение дополнительных исследований? 3. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1.Клинический диагноз? 2.Необходимо ли проведение дополнительных исследований? 3.Лечение?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 16. Мальчика 12 лет в течение трех лет беспокоят головные боли, которые чаще всего возникают в конце школьных занятий и редко беспокоят во время каникул. Боли чаще всего локализуются в лобной области, имеют среднюю степень интенсивности, носят сжимающий характер, не усиливаются при физической нагрузке и не сопровождаются тошнотой или светобоязнью. В среднем боли возникают один или два раза в неделю. При неврологическом обследовании не выявлено изменений. 1. Клинический диагноз? 2. Необходимо ли проведение дополнительных исследований?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1.Клинический диагноз? 2.Необходимо ли проведение дополнительных исследований? 3.Лечение?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК

исследований? 3. Лечение?		
Задача 17 Женщину 48 лет беспокоят головные боли и боли в шейной области. Головные боли носят сжимающий характер, чаще всего локализуются в затылочной области, имеют среднюю степень интенсивности, они не усиливаются при ходьбе или другой физической нагрузке. Головные боли обычно возникают вместе с болями в шейной области и могут появляться (или усиливаться) при длительном пребывании в неудобном положении, например, при длительной работе за персональным компьютером. Боли не сопровождаются тошнотой или светобоязнью. В среднем головные боли и боли в шейной области беспокоят один или два раза в месяц в течение нескольких дней. При обследовании отмечается усиление кифоза в шейном отделе, небольшое ограничение поворотов головы в сторону из-за болей, болезненность при пальпации шейных мышц, в неврологическом статусе не выявлено изменений. 1. Клинический диагноз? 2. Необходимо ли проведение дополнительных исследований? 3. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1.Клинический диагноз? 2.Необходимо ли проведение дополнительных исследований? 3.Лечение?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 18 Женщина 48 лет жалуется на умеренные боли жгучего, временами стреляющего характера в правом крыле носа, верхней губе и щеке, постоянное ощущение онемения в этой области. Боли усиливаются при жевании, разговоре, в вечернее и ночное время. 3 месяца назад после неудачного (с перфорацией нижней стенки гайморовой пазухи) протезирования верхнего правого премоляра перенесла одонтогенный гайморит, пластику правой гайморовой пазухи. Болевой синдром пациентка первое время успешно купировала нестероидными противовоспалительными препаратами, на фоне приема которых ноющие боли регрессировали, а онемение, жгучие и стреляющие боли усилились. При обследовании отмечаются гипестезия болевой и температурной чувствительности в зоне иннервации 2 ветви тройничного нерва справа, болезненность при пальпации точки Валле на верхней челюсти. 1. Клинический диагноз? 2. К какому типу относятся данные боли? 3. Дополнительные исследования? 4. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1. Клинический диагноз? 2.К какому типу относятся данные боли? 3.Дополнительные исследования? 4.Лечение?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 19 Мужчина 29 лет жалуется на постоянные ноющие боли в правой височной области, появившиеся через месяц после протезирования зубов, сопровождавшегося изменением прикуса. Боли усиливаются при жевании, распространяются в ухо, нижнюю челюсть. При пальпации жевательных и височных мышц обнаруживаются зоны локальной болезненности, в которых выявляются уплотнения размером 2-3 мм, расположенные по направлению мышечных волокон. Открывание рта ограничено из-за боли. Определяется нарушение прикуса в виде несинхронной окклюзии клыков. Очаговой неврологической симптоматики нет.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1.Клинический диагноз? 2.Дополнительные исследования? 3.Лечение?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК

1. Клинический диагноз? 2. Дополнительные исследования? 3. Лечение?		
Задача 20 Женщина 60 лет жалуется на интенсивные стреляющие, колющие боли, онемение и ощущение ползания «мурашек» в правой околоушной области, нижней челюсти и губе длительностью несколько секунд. Боли появились внезапно, после переохлаждения, провоцируются открыванием рта, разговором и жеванием, прикосновением к точке на слизистой нижней губы справа. Боли вызывают у пациентки непроизвольное одностороннее сокращение мимической мускулатуры – характерную гримасу. При обследовании очаговой неврологической симптоматики не выявляется, отмечается болезненность при пальпации точки Валле на нижней челюсти. 1. Клинический диагноз? 2. Как называется наблюдаемый у пациентки двигательный феномен? 3. Дополнительные исследования? 4. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы (1.Клинический диагноз? 2.Как называется наблюдаемый у пациентки двигательный феномен? 3.Дополнительные исследования? 4.Лечение?), правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК

Раздел дисциплины (тема): Боль в спине. Психологические аспекты болевых синдромов.

Вид оценочного средства: Тестовые задания:

1. Симптомы дискогенной радикулопатии L5 (1): 1) боли в спине с иррадиацией по передней поверхности бедра, 2) симптомы натяжения Вассермана, Мацкевича, 3) слабость длинного разгибателя большого пальца стопы, 4) утрата коленного рефлекса, 5) утрата ахиллова рефлекса.	3	ТК
2. Симптомы дискогенной радикулопатии S1 (1): 1) боли в спине с иррадиацией по передней поверхности бедра и голени, 2) утрата ахиллова рефлекса, 3) слабость малоберцовой мышцы, 4) потеря чувствительности в области большого пальца стопы, 5) потеря чувствительности в аногенитальной области.	2	ТК
3.Фибромиалгия характеризуется (3): 1) хронической диффузной болью в спине и конечностях, 2) наличием триггерных точек в мышцах, 3) утратой коленного рефлекса, 4) утратой ахиллова рефлекса, 5) депрессией.	1,2,5	ТК
4. Симптомы вертеброгенной шейной миелопатии (3): 1) острая задержка мочи, 2) периферический верхний парапарез, 3) спастический нижний парапарез, 4) боли в шейной области, 5) дизартрия, дисфония и дисфагия.	2,3,4	ТК
5. Показания к хирургическому лечению грыжи межпозвонкового диска (1): 1) выраженный острый болевой синдром, 2) нарушение функции тазовых органов, 3) спондилолистез, 4) отсутствие ахиллова рефлекса, 5) отсутствие коленного рефлекса.	2	ТК
6. Спондилолистез обычно возникает на уровне (1)	4	ТК

1) C5-C6, 2) Th3-Th4, 3) Th6-Th7, 4) L4-L5.		
7. Наиболее часто грыжа межпозвоночного диска возникает в отделе (1): 1) шейном, 2) грудном, 3) верхнепоясничном, 4) нижнепоясничном.	4	ТК
8. Профилактика неврологических осложнений остеохондроза (2): 1) занятие силовыми видами спорта, 2) сон на мягком матрасе, 3) лечебная гимнастика на укрепление мышц спины, 4) плавание.	3,4	ТК
9. Лечение миофасциальных болей (3): 1) введение анестетиков в триггерные точки, 2) постизометрическая релаксация, 3) миорелаксанты, 4) вытяжение позвоночника, 5) ноотропные средства.	1,2,3	ТК
10. Боль в спине может быть вызвана раздражением болевых рецепторов (3): 1) фиброзного кольца межпозвоночного диска, 2) пульпозного ядра межпозвоночного диска, 3) фасеточных суставов позвонков, 4) задней продольной связки.	1,3,4	ТК
11. Диагностика грыжи межпозвонкового диска (2): 1) рентгенография позвоночника, 2) рентгеновская компьютерная томография позвоночника, 3) магнитно-резонансная томография позвоночника, 4) радиоизотопная скинтиграфия позвоночника, 5) денситометрия.	2,3	ТК
12. Грыжа межпозвонкового диска L4-L5 может (3): 1) вызвать радикулопатию L5, 2) вызвать радикулопатию S1, 3) вызвать компрессию спинного мозга, 4) протекать бессимптомно.	1,2,4	ТК
13. Рентгенография позвоночника выявляет (3): 1) грыжу межпозвонкового диска, 2) спондилолистез, 3) перелом тела позвонка, 4) остеопороз.	2,3,4	ТК
14. Наиболее редкая причина болей в спине из ниже перечисленных (1): 1) дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника, 2) компрессионный перелом позвоночника, 3) миофасциальный синдром, 4) фибромиалгия, 5) остеопороз.	4	ТК
15. Отраженные боли в спине характерны для (3): 1) анемии, 2) эритремии, 3) ишемической болезни сердца, 4) мочекаменной болезни, 5) заболеваний предстательной железы.	3,4,5	ТК
16. Для миофасциального синдрома характерно (2): 1) отсутствие связи боли с движением, 2) болезненность при пальпации заинтересованной мышцы, 3) триггерные точки в заинтересованной мышце, 4) лихорадка,	2,3	ТК

5) сегментарно-диссоциированный тип расстройств чувствительности.		
17. Диагностика остеопороза позвоночника (2): 1) исследование содержания натрия в крови, 2) исследование содержания калия в крови, 3) исследование содержания магния в крови, 4) рентгенография, 5) денситометрия.	4,5	ТК
18. Наиболее частое проявление остеохондроза позвоночника (1): 1) мышечно-тонический синдром, 2) дискогенная радикулопатия, 3) вертеброгенная шейная миелопатия, 4) спинальный инсульт.	1	ТК
19. Для люмбаго характерно (3): 1) острое развитие, 2) резкое ограничение движений в спине из-за болей, 3) нарушение функции тазовых органов, 4) проводниковый тип расстройств чувствительности, 5) мышечно-тонический синдром.	1,2,5	ТК
20. Симптомы дискогенной радикулопатии L4 (2): 1) боли по задней поверхности бедра и голени, 2) утрата коленного рефлекса, 3) мышечно-тонический синдром, 4) парез мышц сгибателей стопы, 5) императивные позывы на мочеиспускание.	3,4	ТК
21. Симптомы дискогенной радикулопатии С6 (3): 1) боль по передней поверхности плеча, лучевой поверхности предплечья, 2) снижение рефлекса с двуглавой мышцы, 3) парез мышцы, отводящей мизинец, 4) мышечно-тонический синдром, 5) синдром Горнера на стороне радикулопатии.	1,2,4	ТК
22. Симптомы дискогенной радикулопатии С7 (3): 1) боль в руке с иррадиацией в указательный и средний пальцы, 2) снижение рефлекса с трехглавой мышцы, 3) парез мышц, разгибающих предплечье, 4) симптом Тремнера, 5) синдром Горнера на стороне радикулопатии.	1,2,3	ТК
23. Симптомы компрессии корешков конского хвоста (2): 1) симптом Бабинского, 2) онемение в ногах и аногенитальной области, 3) слабость в проксимальных отделах ног, 4) нарушение функции тазовых органов, 5) утрата коленного рефлекса.	2,4	ТК
24. Лечение дискогенной компрессии корешков конского хвоста (1): 1) вытяжение позвоночника, 2) рефлексотерапия, 3) мануальная терапия, 4) антидепрессанты, 5) хирургическое лечение.	5	ТК
25. Для лечения хронической люмбалгии наиболее эффективны (1): 1) транквилизаторы, 2) ноотропные средства, 3) антидепрессанты, 4) нейролептики, 5) психостимуляторы.	3	ТК

Вид оценочного средства: *Ситуационные задачи:*

Задача 1. У мужчины 32 лет после поднятия тяжести возникла сильная боль в поясничном отделе позвоночника. Боль резко усиливается при движении в поясничном отделе позвоночника. При обследовании обнаружены выраженное напряжение мышц спины, сколиоз выпуклостью вправо в поясничном отделе, сглаженность поясничного отдела позвоночника. Движения в поясничном отделе резко ограничены, наклон туловища вперед не возможен из-за резкого усиления болей. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не обнаружено. 1. Клинический диагноз? 2. Дополнительные обследования? 3. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Предоставлен перечень необходимых обследований? Описаны врачебная тактика и виды терапии.	ТК
Задача 2. Мужчина 45 лет во время физической работы на даче ощутил боль в поясничном отделе позвоночника, с иррадиацией по задненаружной поверхности правой ноги. Боль сохранилась в течение последующих трех дней, что послужило поводом для обращения к врачу. При опросе больной отметил, что боль усиливается при движении в поясничном отделе, кашле или чихании. При обследовании обнаружены выраженное напряжение мышц спины, сколиоз выпуклостью вправо в поясничном отделе, сглаженность поясничного отдела позвоночника. Движения в поясничном отделе резко ограничены, наклон туловища вперед, сгибание вправо не возможны из-за резкого усиления болей. Отмечается болевая гипестезия по наружной поверхности правой голени и наружному краю стопы; ахиллов рефлекс отсутствует справа, симптом Ласега положителен справа под углом 30°. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Клинический диагноз? 4. Дополнительные обследования? 5. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Описан топический диагноз. Предварительный клинический диагноз? Описаны необходимые дополнительные исследования. Перечислены подходы к терапии.	ТК
Задача 3. Мужчина 46 лет, водитель, обратился к врачу с жалобами на остро возникшую боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Боли в поясничной области периодически беспокоят в течение 15 лет, обычно после физической нагрузки, подъема тяжести. Настоящее обострение в течение недели. Боль усиливается при движении, кашле. При обследовании обнаружены выраженное напряжение мышц спины, сколиоз выпуклостью влево в поясничном отделе. Движения в поясничном отделе резко ограничены, положительный симптом «посадки». Отмечается болезненность при пальпации межпозвоночных суставов в нижнем поясничном отделе. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: предварительный клинический диагноз? Описаны необходимые методы обследования. Описаны подходы к терапии пациента.	ТК

1. Клинический диагноз? 2. Дополнительные обследования? 3. Лечение?		
Задача 4. Женщина 57 лет, бухгалтер, жалуется на боли в шейном отделе позвоночника, распространяющиеся по наружной поверхности правой руки. Боли беспокоят в течение последних 3-х месяцев, постепенно усиливаются. При обследовании обнаружены напряжение мышц шеи, усиление кифоза в шейном отделе, ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника из-за болей. Определяются напряжение и болезненность трапециевидной мышцы, надостной мышцы, средней лестничной мышцы справа. При пальпации лестничной мышцы, повороте головы влево возникают боли по наружной поверхности правой руки. Отмечаются гипестезия по медиальной поверхности предплечий и кисти и снижение рефлекса с m.biceps справа, других неврологических нарушений нет. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Клинический диагноз? 4. Дополнительные обследования? 5. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Дано заключение о локализации поражения? предварительный клинический диагноз? Описаны необходимые методы обследования. Описаны подходы к терапии пациента.	ТК
Задача 5. Женщина 42 лет, бухгалтер, жалуется на сильные боли в поясничной области, распространяющиеся по наружной поверхности правой ноги до пальцев стопы. Боли усиливаются при движении, покашливании. Боли в поясничной области периодически беспокоят в течение 5 лет, обычно после физической нагрузки, работе на даче. Настоящее обострение возникло неделю назад после неловкого движения. При обследовании обнаружены выраженное напряжение мышц спины, сколиоз выпуклостью вправо в поясничном отделе, кифоз в поясничном отделе позвоночника. Движения в поясничном отделе резко ограничены, наклон туловища вперед не возможен из-за резкого усиления болей. Отмечается болевая гипестезия по наружной поверхности правой голени и наружному краю стопы; ахиллов рефлекс отсутствует справа, симптом Ласега положителен справа под углом 30°. При перкуссии по поясничному отделу позвоночника возникают простреливающие боли, распространяющиеся по наружной поверхности правой ноги до пятки. 1. Неврологические синдромы? Локализация поражения? 2. Клинический диагноз? 3. Дополнительные обследования? 4. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Дано заключение о локализации поражения? предварительный клинический диагноз? Описаны необходимые методы обследования. Описаны подходы к терапии пациента.	ТК
Задача 6. Женщина 27 лет, пианистка, жалуется на интенсивную боль в шее, невозможность поворота головы, особенно вправо, из-за болей. Боли в шее периодически беспокоили в течение последних 5 лет, настоящее обострение в течение двух дней на фоне интенсивных музыкальных упражнений. При обследовании отмечаются ограничение подвижности в шейном	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: предварительный клинический диагноз? Описаны необходимые методы обследования. Описаны подходы к терапии пациента.	ТК

отделе, защитное напряжение длинных мышц, больше справа, сглаженность шейного лордоза. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет. 1. Клинический диагноз? 2. Дополнительные обследования? 3. Лечение?		
Задача 7. Мужчина 24 лет, программист, жалуется на сильную боль в грудном отделе позвоночника, распространяющуюся в левую половину грудной клетки. Боль возникла два дня назад на фоне длительной работы за персональным компьютером. Боль усиливается при дыхании, ротационных движениях в позвоночнике. Прием нитроглицерина не уменьшил выраженность боли, ЭКГ не выявила изменений. При обследовании выявляются S-образный сколиоз позвоночника, болезненность паравerteбральных точек на грудном уровне (Th5–Th6) слева, болезненность при пальпации межреберного промежутка Th5–Th6 слева, защитное напряжение длинных мышц спины на грудном уровне слева. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет. 1. Клинический диагноз? 2. Дополнительные обследования? 3. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: клинический диагноз? Описаны необходимые методы обследования. Описаны подходы к терапии пациента.	ТК
Задача 8. Мужчина 57 лет жалуется на интенсивные боли в нижнегрудном отделе позвоночника, распространяющиеся в грудную клетку справа. Боли беспокоят в течение 2-х месяцев. Интенсивность болей потребовала назначения наркотиков. В течение последней недели отмечает слабость в ногах, ощущение онемения в стопах. В последние полгода похудел на 10 кг. Отмечаются болезненность при перкуссии остистых отростков грудных позвонков Th10– Th 11, гиперестезия по межреберному промежутку Th10– Th11 справа, слабость в ногах до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов с ног, двухсторонний симптом Бабинского, снижение суставно-мышечного чувства в пальцах ног правой ноги, ослабление болевой чувствительности с уровня паховой складки слева. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные обследования?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Дано заключение о локализации поражения? предварительный клинический диагноз? Описаны необходимые методы обследования.	ТК
Задача 9. Мужчина 47 лет, грузчик, периодически в течение 5 лет отмечал боли в области шеи и плеч с двух сторон. В последние два месяца появилась и выросла слабость в ногах. В неврологическом статусе: легкая гипотрофия, слабость мышц правого плеча и руки, отсутствие сухожильных рефлексов с двуглавой мышцы плеча и болевая гипестезия в зонах C5–C6 с двух сторон, снижение силы в ногах до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов с ног, симптом Бабинского с обеих сторон.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Дано заключение о локализации поражения? предварительный клинический диагноз? Описаны необходимые методы обследования. Описаны подходы к терапии пациента.	ТК

1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные обследования? 5. Лечение, если подтвердится предварительный диагноз?		
Задача 10. Мужчина, 48 лет, водитель, жалуется на боли в пояснично-крестцовой и правой ягодичной области, распространяющиеся по наружной поверхности правой ноги, ощущение покалывания и онемения в правой стопе. Боли появились шесть месяцев назад после физической нагрузки и постепенно усиливаются. При неврологическом обследовании выявлены сглаженность поясничного лордоза, болезненность при пальпации паравертебральных точек L5–S1 и грушевидной мышцы справа, положительный симптом Ласега до 50° справа, снижение чувствительности спарав в виде полосы по наружной поверхности голени и тыльной поверхности стопы, большого пальца, слабость мышц разгибателей большого пальца правой стопы. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные обследования? 5. Лечение, если подтвердится предварительный диагноз?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Дано заключение о локализации поражения? предварительный клинический диагноз? Описаны необходимые методы обследования. Описаны подходы к терапии пациента.	ТК
Задача 11. Женщина 35 лет после подъема тяжести почувствовала резкую боль в поясничной области с иррадиацией в левую ногу по задненаружной поверхности бедра и голени. Впервые боли в пояснице возникли 2 года назад после физической нагрузки и прошли в течение нескольких дней. Настоящее обострение в течение двух дней. При осмотре: поясничный лордоз сглажен, сколиоз в поясничном отделе влево, напряжение мышц спины, движения в поясничном отделе резко ограничены, отмечается болезненность паравертебральных точек. Симптом Ласега слева - 40°. Выявляются снижение всех видов чувствительности в виде полосы по задненаружной поверхности левого бедра, голени и наружного края стопы, отсутствие ахиллова рефлекса. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Клинический диагноз? 4. Дополнительные обследования? 5. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Дано заключение о локализации поражения? предварительный клинический диагноз? Описаны необходимые методы обследования. Описаны подходы к терапии пациента.	ТК
Задача 12. Женщина 62 лет жалуется на боли в пояснично-крестцовой области с иррадиацией по задней поверхности правого бедра до колена. Боли появились два месяца назад и постепенно нарастают. Они усиливаются при длительном сидении и ослабевают после ходьбы. При обследовании наблюдаются сглаженность поясничного лордоза, S-образная деформация позвоночника, ограничение подвижности в поясничном отделе из-за усиления болей, напряжение	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: предварительный клинический диагноз? Описаны необходимые методы обследования. Описаны подходы к терапии пациента.	ТК

мышц спины. Отмечается болезненность при пальпации межпозвоночных суставов в нижнем поясничном отделе. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет. 1. Клинический диагноз? 2. Дополнительные обследования? 3. Лечение?		
Задача 13. Женщина 50 лет, инженер, жалуется на боли в поясничной области с иррадиацией в обе ноги и онемение в стопах, усиливающиеся при ходьбе. Эти жалобы беспокоят в течение двух лет и постепенно усиливаются. В возрасте 25 лет больная во время катания на лыжах упала, ударила спину и испытывала боли в спине в течение нескольких месяцев после падения. При обследовании отмечается усиление лордоза поясничного отдела позвоночника, при надавливании на остистый отросток пятого поясничного позвонка отмечается его “утопление”. Выявляются двусторонний симптом Ласега под углом 50°, снижение ахилловых рефлексов с двух сторон. На рентгенограмме поясничного отдела отмечаются смещения тела четвертого поясничного позвонка относительно пятого на 20 мм. 1. Клинический диагноз? 2. Дополнительные обследования? 3. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: предварительный клинический диагноз? Описаны необходимые методы обследования. Описаны подходы к терапии пациента.	ТК
Задача 14. Мужчина 65 лет жалуется на ноющие боли в поясничной области с иррадиацией по передней поверхности правого бедра. Боли беспокоят около трех месяцев и постепенно усиливаются. 5 лет назад обнаружена аденома предстательной железы. В поликлинике по поводу болей в поясничной области получал нестероидные противовоспалительные препараты и витамины группы В без существенного эффекта. При осмотре: поясничный лордоз сглажен, движения в поясничном отделе позвоночника ограничены из-за боли назад и в стороны, болезненность при перкуссии по остистым отросткам второго и третьего поясничных позвонков. Выявляются болевая гипестезия по внутренней поверхности правого бедра, отсутствие коленного рефлекса справа, положительные симптомы Вассермана и Мацкевича справа. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные обследования?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Дано заключение о локализации поражения? предварительный клинический диагноз? Описаны необходимые методы обследования.	ТК
Задача 15. Мужчина 55 лет жалуется на сильные боли в поясничной области с иррадиацией на переднюю брюшную стенку, усиливающиеся в ночное время, а также при кашле и чихании, слабость мышц правой ноги, ощущение онемения в левой ноге. Считает себя больным около двух лет. Заболевание началось с болей в поясничной области справа, интенсивность которых постепенно нарастала. Через полтора года	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Дано заключение о локализации поражения? предварительный клинический диагноз? Описаны необходимые методы обследования.	ТК

присоединилась слабость в правой ноге и ощущение онемения в левой стопе, которое в дальнейшем поднялось до паховой складки. При обследовании снижение силы в правой ноге до 3-х баллов с оживлением сухожильных рефлексов и симптомом Бабинского, снижение болевой чувствительности с уровня Th11 дерматома слева, резкая болезненность при поколачивании по остистым отросткам седьмого и восьмого грудного позвонков. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные обследования?		
Задача 16. Женщина 44 лет, официантка, предъявляет жалобы на боли в поясничной области с иррадиацией в левую ногу, ощущение онемения в пальцах левой ноги. Боли в пояснице периодически беспокоят в течение 3 лет. Последнее обострение, наступившее 2 недели назад, больная связывает с переохлаждением и физическими нагрузками. Объективно: поясничный лордоз сглажен, сколиоз в поясничном отделе выпуклостью влево, резкое ограничение движений в этом отделе позвоночника из-за болей, напряжение длинных мышц спины. Выявляется снижение чувствительности в виде полосы по задненаружной поверхности левого бедра, наружной поверхности голени, внутреннему краю стопы и большому пальцу, положительный симптом Ласега под углом 30°. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Клинический диагноз? 4. Дополнительные обследования? 5. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Дано заключение о локализации поражения? предварительный клинический диагноз? Описаны необходимые методы обследования. Описаны подходы к терапии пациента.	ТК
Задача 17. Мужчина 37 лет после подъема тяжести почувствовала резкую боль в поясничной области с иррадиацией в правую ногу по задненаружной поверхности бедра и голени. Боли в пояснице беспокоят в течение десяти лет, чаще всего после физической нагрузки, они продолжаются в течение нескольких дней до одного месяца. Настоящее обострение в течение трех месяцев. Проведенное в неврологическом отделении лечение с использованием нестероидных противовоспалительных средств, миорелаксантов, физиотерапии не улучшило состояние. При осмотре: поясничный лордоз сглажен, сколиоз в поясничном отделе вправо, напряжение мышц спины, движения в поясничном отделе резко ограничены, симптом Ласега справа - 20°. Выявляются снижение всех видов чувствительности в виде полосы по задненаружной поверхности правого бедра, голени и наружного края стопы, отсутствие ахиллова рефлекса. При магнитно-резонансной томографии выявлена межпозвоночная грыжа около 10 мм в диаметре между пятым поясничным позвонком и крестцом. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Клинический диагноз? 4. Дополнительные обследования? 5. Показано ли хирургическое лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Дано заключение о локализации поражения? предварительный клинический диагноз? Описаны необходимые методы обследования. Имеется представление о показаниях к оперативному лечению у пациента.	ТК

Задача 18 Женщина 18 лет жалуется на тупые ноющие, временами жгучие боли в аногенитальной области, при дефекации приобретающие острый, стреляющий характер. Вышеописанная симптоматика появилась неделю назад после начала половой жизни. Из анамнеза: 3 года назад, поскользнувшись, упала на трамвайный рельс, ударившись копчиком, боли в тот период длились около недели и регрессировали самостоятельно. При осмотре гинеколога и проктолога патологии не выявлено. В статусе: очаговой неврологической симптоматики нет, напряжение мышц тазового дна, копчик смещен вправо от срединной линии, пальпация резко болезненна. 1. Клинический диагноз? 2. Дополнительные обследования? 3. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: предварительный клинический диагноз? Описаны необходимые методы обследования. Описаны подходы к терапии пациента.	ТК
Задача 19 У мужчины 39 лет после приземления с парашютом возникла сильная боль в поясничном отделе позвоночника. На фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов боль в спине регрессировала, однако пациент отметил появление болей и онемения в нижних конечностях при ходьбе. Вначале боли появлялись при ходьбе на расстояние свыше 500 метров, однако в течение года дистанция сократилась до 100 метров. Для уменьшения интенсивности болевых ощущений пациент вынужден садиться и наклоняться вперед. В неврологическом статусе парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не обнаружено. Движения в поясничном отделе умеренно ограничены в связи с напряжением паравертебральных мышц. 1. Клинический диагноз? 2. Дополнительные обследования? 3. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: предварительный клинический диагноз? Описаны необходимые методы обследования. Описаны подходы к терапии пациента.	ТК
Задача 20 Мужчина 20 лет, лесник, при погрузке бревен в прицеп трактора получил травму грудного отдела позвоночника. Сознание не терял, однако от боли не мог самостоятельно подняться, был доставлен домой. После травмы появилась и выросла слабость в ногах, беспокоят боли ноюще-жгучего характера в межлопаточной области. В неврологическом статусе: ослабление болевой и температурной чувствительности ниже уровня Th7 с двух сторон, снижение силы в ногах до 4-х баллов, оживление коленных и ахилловых рефлексов, повышение тонуса в ногах с феноменом «складного ножа», симптом Бабинского с обеих сторон, императивные позывы на мочеиспускание. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные обследования? 5. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: неврологические синдромы? Дано заключение о локализации поражения? предварительный клинический диагноз? Описаны необходимые методы обследования. Описаны подходы к терапии пациента.	ТК

Раздел дисциплины (тема): Опухоли головного и спинного мозга.

Вид оценочного средства: Тестовые задания:

1. Для опухоли лобной доли характерно: (2) 1) нарушения поведения, 2) дисфагия, 3) дисфония, 4) гемианопсия, 5) недержание мочи.	1,5	ТК
2. Проявления внутричерепной гипертензии при опухоли головного мозга: (2) 1) головные боли, 2) мозжечковая атаксия, 3) гемипарез, 4) тошнота и рвота, 5) аносмия.	1,4	ТК
3. Для опухоли гипофиза характерно: (2) 1) акромегалия, 2) атаксия, 3) битемпоральная гемианопсия, 4) астереогноз, 5) эпилептические припадки.	1,3	ТК
4. Причины повышения внутричерепного давления при опухоли головного мозга: (3) 1) избыточная продукция ликвора, 2) окклюзия ликвороносных путей, 3) отек головного мозга, 4) снижение резорбции ликвора, 5) увеличение объема головного мозга.	2,3,5	ТК
5. Наличие метастазов в головной мозг наиболее типично для рака: (1) 1) легкого, 2) желудка, 3) поджелудочной железы, 4) толстой кишки, 5) почки.	1	ТК
6. Для опухоли теменной доли характерно: (2) 1) конструктивная апраксия, 2) дисфония, 3) тетрапарез, 4) гемигипестезия, 5) задержка мочеиспускания.	1,4	ТК
7. Лечение невриномы мостомозжечкового угла: (1) 1) хирургическое удаление опухоли, 2) лучевая терапия, 3) химиотерапия, 4) комбинация химиотерапии и лучевой терапии, 5) кортикостероиды.	1	ТК
8. Для опухоли затылочной доли характерно: (1) 1) гемипарез, 2) дизартрия, 3) аносмия, 4) гемианопсия, 5) сенситивная атаксия.	4	ТК
9. Для опухоли мозжечка характерно: (3) 1) гемигипестезия, 2) гемианопсия, 3) атаксия, 4) мышечная гипотония, 5) головные боли.	3-5	ТК

10. Среди опухолей головного мозга наиболее часто встречаются: (1) 1) нейроэпителиальные (глиальные) опухоли, 2) опухоли мозговых оболочек, 3) опухоли гипофиза, 4) опухоли черепных нервов, 5) дизэмбриогенетические опухоли.	1	ТК
11. Для менингиомы характерно: (2) 1) метастазирование в вещество головного мозга, 2) метастазирование в вещество спинного мозга, 3) метастазирование во внутренние органы, 4) медленный рост, 5) доброкачественный характер опухоли.	4,5	ТК
12. Лечение менингиомы: (1) 1) кортикостероиды, 2) лучевая терапия, 3) химиотерапия, 4) комбинация лучевой терапии и химиотерапии, 5) хирургическое удаление опухоли.	5	ТК
13. Смертность от опухолей мозга составляет от общей смертности около (1): 1) 1%, 2) 5%, 3) 10%, 4) 15%, 5) 20%.	1	ТК
14. Для головной боли при опухоли головного мозга характерно (2): 1) аура, 2) постепенное нарастание, 3) усиление ночью или утром, 4) слезотечение или сухость глаза, 5) прекращение при приеме агонистов серотониновых рецепторов.	2,3	ТК
15. Эпилептические припадки наблюдаются при опухоли головного мозга в (1): 1) 1%, 2) 5%, 3) 10%, 4) 30%, 5) 90%.	4	ТК
16. Малосимптомное течение характерно для опухоли (3): 1) передних отделов лобной доли, 2) гипофиза, 3) мозжечка, 4) мозолистого тела, 5) височной доли недоминантного полушария.	1,4,5	ТК
17. Основной метод диагностики опухоли головного мозга (1): 1) электроэнцефалография, 2) эхоэнцефалоскопия, 3) магнитная стимуляция головного мозга, 4) магнитно-резонансная томография головы, 5) рентгенография черепа.	4	ТК
18. Корешковые боли при опухоли спинного мозга (3): 1) чаще встречаются при интрамедуллярной локализации, 2) обычно усиливаются в положении лежа и при кашле, 3) всегда сопровождаются мышечно-тоническим синдромом, 4) часто сопровождаются болезненностью при перкуссии остистых отростков, 5) часто являются первым симптомом.	2,4,5	ТК
19. Основной метод диагностики опухоли спинного мозга (1): 1) спондилография, 2) люмбальная пункция,	4	ТК

3) миелография, 4) магнитно-резонансная томография позвоночника, 5) электронейромиография.		
20. Для экстремедуллярной опухоли грудной локализации справа характерно (3): 1) корешковые боли справа, 2) расстройство болевой чувствительности в правой ноге, 3) расстройство глубокой чувствительности в правой ноге, 4) центральный парез правой ноги, 5) синдром Горнера слева.	1,3,4	ТК

Вид оценочного средства: Ситуационные задачи:

Задача 1. Мужчину 53 лет в течение двух месяцев беспокоят постоянные головные боли распирающего характера, которые усиливаются в утренние часы. В течение последней недели утром на высоте головных болей возникает рвота, появилась и нарастает слабость в правых конечностях. При обследовании: снижение мышечной силы в правых конечностях до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского справа. При эхоэнцефалоскопии выявлено смещение срединных структур мозга слева направо на 7 мм. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечебная тактика?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы, правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 2. У женщины 72 лет в течение года отмечались приступы клонических судорог в левой стопе, которые постепенно распространяются на всю ногу и далее на руку и продолжаются на протяжении нескольких минут без потери сознания. За последний месяц приступы участились и стали ежедневными. Больную стали беспокоить головные боли распирающего характера, появилась и постепенно выросла слабость в левых конечностях. Последний припадок сопровождался утратой сознания и непроизвольным мочеиспусканием. При обследовании: мышечная сила в руке снижена до 4-х баллов, в ноге – до 2-х баллов, слева повышены сухожильные рефлексы и вызывается симптом Бабинского, снижение болевой и температурной чувствительности на левой половине тела. При осмотре окулистом выявлены застойные изменения на глазном дне. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечебная тактика?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы, правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 3. Женщина 63 лет в течение последних 5 лет отмечает постепенное снижение слуха на правое ухо. В течение последнего года появились и нарастают головные боли, головокружение и шаткость походки. При обследовании: снижение всех видов чувствительности	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы, правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК

на правой половине лица, легкая слабость всех мимических мышц справа, утрачена вкусовая чувствительность на передних двух третях языка справа, потерян слух на правое ухо, спонтанный горизонтальный нистагм вправо, интенционный тремор при выполнении пальценосовой и пяточноколенной проб в правых конечностях, неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе с отклонением вправо. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечебная тактика?		
Задача 4. У женщины 28 лет в течение двух лет отмечаются нарушения менструального цикла. На протяжении последнего года появились и постепенно нарастают головные боли сжимающего характера, а также снижение зрения. При обследовании: выпадение боковых (наружных) полей зрения, других неврологических нарушений нет. В сыворотке крови резко повышено содержание пролактина. При рентгеновском исследовании черепа выявлено частичное разрушение стенок «турецкого седла». 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечебная тактика?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы, правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 5. Мужчина 50 лет, который год назад перенес операцию по поводу центрального рака легкого, в течение двух месяцев отмечает приступы клонических судорог в правой кисти длительностью несколько минут без утраты сознания. В последние две недели в момент приступов отмечает расстройство речи - не может произносить слова, однако, понимает обращенную речь. При неврологическом осмотре отмечаются оживление сухожильных и периостальных рефлексов на правых конечностях, симптом Бабинского справа. При эхоэнцефалоскопии выявлено смещение срединных структур мозга слева направо на 5 мм. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечебная тактика?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы, правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 6. Женщина 70 лет обратилась к врачу с жалобами на постепенно нарастающее «ощущение неловкости» в левой руке, которое затрудняет выполнение привычной работы. Впервые подобные ощущения больная отметила 3 года назад, однако, к врачу обратилась только в настоящее время. При неврологическом обследовании: оживление сухожильных и периостальных рефлексов в левых конечностях, умеренное повышение мышечного тонуса по спастическому типу в них, симптом Бабинского	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы, правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК

слева, легкое снижение болевой и температурной чувствительности в левых конечностях, преимущественно в руке, астереогноз слева. При эхоэнцефалоскопии выявлено смещение срединных структур головного мозга справа налево на 5 мм. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечебная тактика?		
Задача 7. Мужчина 68 лет обратился с жалобами на снижение зрения на «левый глаз» и головные боли. Два года назад больной обнаружил у себя в правой затылочной области под кожей небольшое опухолевое образование. Постепенно оно увеличивалась в размерах, в течение последнего года больного стали беспокоить головные боли и снижение зрения. Головные боли носят распирающий характер, усиливаются в утренние часы. При пальпации правой затылочной области у больного определяется умеренно болезненное образование, которое имеет плотно эластическую консистенцию и размеры 4×3×2 см. При обследовании выявлено выпадение левых полей зрения, других неврологических нарушений нет. При рентгеновском исследовании черепа в проекции патологического образования обнаружена зона деструкции кости размером 4×3 см. При осмотре окулиста выявлены застойные диски зрительных нервов. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечебная тактика?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы, правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 8. Мужчина 55 лет обратился с жалобой на слабость в левых конечностях. Слабость появилась три месяца назад и постепенно нарастает. При обследовании: снижение мышечной силы в левых конечностях до 3 баллов в руке и 4 баллов в ноге, оживление сухожильных и периостальных рефлексов слева, легкое повышение мышечного тонуса в левых конечностях по спастическому типу, симптом Бабинского слева. При осмотре глазного дна окулист выявил у пациента застойные диски зрительных нервов с двух сторон. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечебная тактика?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы, правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 9. Мужчина 27 лет обратился с жалобами на головную боль и шаткость походки. Впервые неустойчивость при ходьбе отметил два года назад, в течение последних трех месяцев стали беспокоить постепенно усиливающиеся головные боли распирающего характера, на высоте которых возникает рвота. Больной также отмечает, что головная боль нарастает в положении лежа на правом боку. При обследовании: спонтанный горизонтальный нистагм влево, легкое	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы, правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК

диффузное снижение мышечного тонуса, несколько преобладающее в левых конечностях, неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе с отклонением туловища влево, промахивание и интенционный тремор при выполнении пальцевосовой и пяточноколенной проб, более выраженное в левых конечностях. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечебная тактика?		
Задача 10. У женщины 70 лет в течение 6 месяцев отмечаются нарушение походки и психические расстройства, которые постепенно нарастают. При обследовании: больная дезориентирована в месте и времени, эйфорична, у неё снижена критика к своему состоянию, утрачено обоняние справа, сухожильные и периостальные рефлексы оживлены слева, тонус мышц повышен по спастическому типу в левых конечностях, симптом Бабинского выявляется слева, в позе Ромберга и при ходьбе не устойчива. При осмотре глазного дна отмечаются застойные изменения дисков зрительных нервов, которые преобладают справа. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечебная тактика?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы, правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 11. Мужчина 50 лет предъявляет жалобы на постоянные головные боли распирающего характера, усиливающиеся в утренние часы. Головные беспокоят в течение четырех месяцев и постепенно нарастают, на протяжении последней недели утром на высоте головных болей возникает рвота. При обследовании: снижение силы в левых конечностях до 3-х баллов, повышение сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева. При проведении эхоэнцефалоскопии выявлено смещение срединных структур головного мозга справа налево на 7 мм. На глазном дне: выраженный застой дисков зрительных нервов. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечебная тактика?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы, правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 12. Мужчина 60 лет в течение последних 3 лет отмечает постепенное снижение слуха на левое ухо. В течение последнего года появились и нарастают головокружение, неустойчивость при ходьбе и изменение почерка. При обследовании: снижение всех видов чувствительности на левой половине лица, слабость всех мимических мышц слева, утрата слуха на левое ухо, спонтанный горизонтальный нистагм влево, шаткость при ходьбе и неустойчивость в позе Ромберга (отклонение вправо), снижение мышечного тонуса и	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы, правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК

сухожильных рефлексов в правых конечностях. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечебная тактика?		
Задача 13. У мужчины 45 лет, которому 6 месяцев назад произведена правосторонняя пульмонэктомия по поводу рака легкого, месяц назад впервые в жизни развился приступ клонических судорог в правых конечностях длительностью несколько минут без утраты сознания. Затем повторилось еще 5 сходных приступов. После последнего из них возникли нарушение речи и слабость в правых конечностях, появилась и стала быстро нарастать головная боль. При обследовании: собственная речь больного отсутствует, обращенную речь понимает, слабость в правой руке до 2-х баллов, в правой ноге – до 4-х баллов, в правых конечностях оживлены сухожильные рефлексy, повышен мышечный тонус по типу спастичности, обнаруживается симптом Бабинского. При эхоэнцефалоскопии выявлено смещение срединных структур головного мозга слева направо на 5 мм. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечебная тактика?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы, правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 14. Женщина 67 лет обратилась к врачу с жалобами на постепенно нарастающее ощущение «неловкости» и слабости в правой руке, что затрудняет выполнение привычной работы. Впервые подобные ощущения стала отмечать два года назад, они постепенно нарастали. При неврологическом обследовании: оживление сухожильных и периостальных рефлексов в правых конечностях, умеренное повышение мышечного тонуса по спастическому типу в них, симптом Бабинского справа, легкое снижение болевой и температурной чувствительности в правой руке. При эхоэнцефалоскопии выявлено смещение срединных структур головного мозга слева направо на 5 мм. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечебная тактика?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы, правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 15. Мужчина 30 лет обратился с жалобой на нарастающую в течение последнего года шаткость при ходьбе. Последний месяц стали беспокоить постепенно усиливающиеся головные боли распирающего характера, на высоте которых после ночного сна возникает рвота. При неврологическом обследовании: горизонтальный нистагм влево, легкое диффузное снижение мышечного тонуса, несколько преобладающее в левых конечностях, неустойчивость в позе Ромберга с отклонением влево, промахивание и	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы, правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК

интенционный тремор при выполнении пальценосовой и пяточколенной проб в левых конечностях. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечебная тактика?		
Задача 16 Мужчину 75 лет через полгода после операции по удалению рака предстательной железы стали беспокоить сильные боли в поясничной области с иррадиацией на переднюю брюшную стенку, усиливающиеся в ночное время, а также ощущение онемения в правой ноге. При обследовании выявлено снижение силы в левой ноге до 4-х баллов с оживлением сухожильных рефлексов и симптомом Бабинского, снижение болевой чувствительности с уровня Th12 дерматомы справа, резкая болезненность при поколачивании по остистым отросткам нижних грудных позвонков. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные обследования?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы, правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 17. Женщину 72 лет в течение года беспокоят сильные боли в грудном отделе позвоночника, распространяющиеся в грудную клетку слева. В течение последних двух месяцев нарастает слабость и онемение в ногах. В неврологическом статусе выявлены гиперестезия по межреберному промежутку Th5– Th6 слева, слабость в ногах до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов с ног, двухсторонний симптом Бабинского, снижение суставно-мышечного чувства в пальцах ног левой ноги, ослабление болевой чувствительности с уровня Th8 слева. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные обследования?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы, правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 18. Мужчины 49 лет отмечает в течение последних двух лет нарастающую слабость в ногах, неустойчивость при ходьбе и императивные позывы на мочеиспускание. В неврологическом статусе обнаружены слабость в обеих ногах до 4-х баллов оживление сухожильных рефлексов с ног, двухсторонний симптом Бабинского, снижение суставно-мышечного чувства в пальцах обеих ног, ослабление болевой чувствительности с уровня Th10 с обеих сторон. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные обследования?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы, правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 19. У женщины 42 лет в течение 7 лет постепенно развивается акромегалия. При анализе уровень соматотропного гормона (СТГ) в сыворотке крови	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы, правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано	ТК

составляет 15нг/мл (норма - не выше 5нг/мл). В течение последнего года беспокоят интенсивные головные боли. При обследовании у пациентки обнаружено выпадение височных полей зрения с обеих сторон, других неврологических нарушений нет. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный диагноз? 4. Дополнительные обследования? 5. Лечение?	лечение.	
Задача 20. Мужчина 20 лет предъявляет жалобы на головокружение, шаткость при ходьбе, тошноту и головные боли, которые постепенно нарастают в течение года. При обследовании выявлены снижение мышечного тонуса и сухожильных рефлексов в левых конечностях, интенционный тремор при выполнении пальце-носовой и коленно-пяточной проб слева, неустойчивость при ходьбе и в пробе Ромберга с отклонением влево, спонтанный горизонтальный нистагм. При осмотре окулиста обнаружены начальные явления «застойных дисков зрительных нервов». 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный диагноз? 4. Дополнительные обследования? 5. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы, правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК

Раздел дисциплины (тема): Черепно-мозговая травма.

Вид оценочного средства: Тестовые задания:

1. Причины первичного повреждения головного мозга при травме головы (2): 1) механическое действие ранящего предмета, 2) отек головного мозга, 3) ротационное движение мозга, 4) гидроцефалия.	1,3	ТК
2. Дислокационный синдром характерен для (2): 1) сотрясения головного мозга, 2) ушиба головного мозга легкой степени, 3) ушиба головного мозга средней степени, 4) субдуральной гематомы, 5) эпидуральной гематомы.	4,5	ТК
3. Эпидуральная гематома возникает вследствие кровотечения из (1): 1) средней оболочечной артерии, 2) дуру-пиальных вен, 3) задней мозговой артерии, 4) передней мозговой артерии.	1	ТК
4. Длительность потери сознания при сотрясении головного мозга (1): 1) несколько секунд или минут, 2) 1-2 часа, 3) 3-24 часа, 4) более суток.	1	ТК
5. Типичные проявления височно-тенториального вклинения при внутричерепной гематоме (3): 1) нарушение сознания,	1,2,5	ТК

2) расширение зрачка на стороне расположения гематомы, 3) синдром Горнера на стороне расположения гематомы, 4) гемипарез на стороне, противоположной расположению гематомы, 5) дисфагия, дизартрия, дисфония.		
6. Отсутствие неврологических нарушений спустя 2-3 часа после черепно-мозговой травмы характерно для (1): 1) сотрясения головного мозга, 2) ушиба головного мозга легкой степени, 3) ушиба головного мозга средней степени, 4) ушиба головного мозга тяжелой степени, 5) внутричерепной травматической гематомы.	1	ТК
7. Субдуральная травматическая гематома обычно осложняется (1): 1) окклюзионной гидроцефалией, 2) ишемическим инсультом в бассейне средней мозговой артерии, 3) кровоизлиянием в зрительный бугор, 4) височно-тенториальным вклинением, 5) диффузным аксональным повреждением.	4	ТК
8. Позднее осложнение черепно-мозговой травмы (2): 1) ликворрея, 2) внутримозговая гематома, 3) эпилептические припадки, 4) ишемический инсульт, 5) отек головного мозга.	1,3	ТК
9. Биомеханическая причина диффузного аксонального повреждения мозга: (1) 1) механическая энергия ранящего предмета, 2) компрессия головного мозга, 3) отек головного мозга, 4) ротационное движение мозга, 5) гидроцефалия.	4	ТК
10. Наиболее частая причина развития гидроцефалии в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы: (1) 1) гиперпродукция ликвора, 2) окклюзия ликворных путей, 3) снижение резорбции ликвора, 4) образование эпидуральной гематомы.	2	ТК
11. Наиболее частая локализация внутричерепной травматической гематомы: (1) 1) эпидуральная, 2) субдуральная, 3) внутримозговая, 4) желудочковая.	2	ТК
12. Причина развития гидроцефалии в остром периоде черепно-мозговой травмы: (1) 1) гиперпродукция ликвора, 2) окклюзия ликворных путей, 3) снижение резорбции ликвора, 4) ликворрея.	2	ТК
13. К легкой черепно-мозговой травме относят: (2) 1) сотрясение головного мозга, 2) ушиб головного мозга легкой степени, 3) ушиб головного мозга средней степени, 4) ушиб головного мозга тяжелой степени, 5) компрессию головного мозга.	1,2	ТК
14. Показания к оперативному лечению при черепно-мозговой травме (2): 1) ушиб головного мозга легкой степени, 2) ушиб головного мозга средней степени, 3) субдуральная гематома, 4) эпидуральная гематома, 5) субарахноидальное кровоизлияние.	3,4	ТК

15. При подозрении на травматическую компрессию головного мозга наиболее информативна: (1) 1) эхоэнцефалоскопия, 2) рентгенография черепа, 3) рентгеновская компьютерная томография, 4) электроэнцефалография.	3	ТК
16. Смещение срединных структур головного мозга при эхоэнцефалоскопии у больных с черепно-мозговой травмы характерно для (1): 1) отека головного мозга, 2) диффузного аксонального повреждения, 3) гидроцефалии, 4) субдурального кровоизлияния, 5) субарахноидального кровоизлияния.	4	ТК
17. Для травматической эпидуральной гематомы характерно (3): 1) кратковременная потеря сознания, 2) поражение глазодвигательного нерва, 3) гемипарез, 4) эпилептические припадки, 5) синдром Горнера.	2-4	ТК
18. По шкале Глазго при легкой черепно-мозговой травме (1): 1) 3 балла, 2) 4-7 баллов, 3) 8-12 баллов, 4) 13-15 баллов.	4	ТК
19. Вероятность кровоизлияния при легкой черепно-мозговой травме около (1): 1) 1%, 2) 5%, 3) 10%, 4) 20%, 5) 30%.	1	ТК
20. Вероятность кровоизлияния повышается, если до травмы больной принимает (1): 1) варфарин, 2) амитриптилин, 3) калимин, 4) атенолол, 5) седуксен.	1	ТК
21. Длительный «светлый» промежуток после травмы головы характерен для (1): 1) сотрясения головного мозга, 2) ушиба головного мозга, 3) эпидуральной гематомы, 4) субдуральной гематомы, 5) внутримозговой гематомы.	4	ТК
22. В развитии посткоммоционного синдрома ведущее значение имеет (1): 1) тяжесть черепно-мозговой травмы, 2) развитие эпилептических припадков, 3) возникновение окклюзионной гидроцефалии, 4) развитие менингита, 5) психогенный фактор.	5	ТК
23. Для посткоммоционного синдрома характерно (3): 1) головная боль, 2) повышенная утомляемость, 3) снижение концентрации внимания, 4) нарастающий гемипарез, 5) эпилептические припадки.	1-3	ТК
24. Лечение посткоммоционного синдрома (3): 1) антибиотики, 2) психотерапия,	2-4	ТК

3) транквилизаторы, 4) антидепрессанты, 5) осмотические диуретики.		
25. Посттравматическая эпилепсия чаще проявляется (1): 1) абсансами, 2) парциальными моторными припадками, 3) психосенсорными припадками, 4) миоклоническими припадками, 5) большими судорожными припадками.	5	ТК

Вид оценочного средства: Ситуационные задачи:

Задача 1. Подросток 16 лет на уроке физкультуры в школе упал и ударился головой. В течение нескольких секунд находился в бессознательном состоянии. В дальнейшем беспокоила головная боль, головокружение, возникла однократная рвота. Доставлен в стационар через 1 час после травмы. При обследовании пациент предъявляет жалобы на головные боли, головокружение, тошноту, обстоятельства травмы не помнит. В неврологическом статусе не выявляется нарушений. При рентгеновском исследовании костей черепа не обнаружено патологических изменений. 1. Предварительный клинический диагноз? 2. Дополнительные методы исследований? 3. Врачебная тактика?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и врачебная тактика.	ТК
Задача 2. Мужчина 27 лет пострадал в автомобильной аварии. В момент аварии находился в автомобиле, ударился головой. После травмы отмечалась потеря сознания длительностью около 5 минут, затем возникала однократная рвота. Доставлен в стационар через 1 час после травмы. При обследовании пациент предъявляет жалобы на головные боли, головокружение, тошноту, обстоятельства травмы не помнит. В неврологическом статусе: дезориентирован в месте и времени, менингеальных симптомов нет, двухсторонний спонтанный горизонтальный нистагм, оживление сухожильных и периостальных рефлексов слева, симптом Бабинского слева. При рентгенологическом исследовании выявлен линейный перелом лобной кости справа. 1. Предварительный клинический диагноз? 2. Дополнительные методы исследований? 3. Врачебная тактика?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и врачебная тактика.	ТК
Задача 3. Мужчина 32 лет был избит неизвестными. Во время избиения получил удары по голове, потерял сознание на несколько минут. После возвращения сознания отмечались головная боль, многократная рвота. При обследовании в стационаре, в который поступил через час травмы, предъявляет жалобы на головные боли, головокружение, тошноту. При осмотре: дезориентирован в месте и времени, обстоятельства травмы не помнит. В неврологическом статусе выявляются ригидность шейных мышц, симптом Кернига с двух сторон, двухсторонний спонтанный горизонтальный нистагм, оживление сухожильных и	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и врачебная тактика.	ТК

периостальных рефлексов справа, симптом Бабинского справа. При КТ головы выявляется зона патологического снижения плотности мозгового вещества в области полюса левой лобной доли с небольшими участками повышенной плотности. 1. Неврологические синдромы? 2. Клинический диагноз? 3. Врачебная тактика?		
Задача 4. Мужчина 32 лет пострадал в автомобильной аварии. В момент аварии находился в автомобиле, ударился головой и потерял сознание. Доставлен в стационар через 1 час после травмы. При осмотре в приемном отделении стационара отмечена обширная подкожная гематома в левой височной области. В неврологическом статусе: поверхностная кома, ригидность шейных мышц и симптом Кернига с двух сторон, оживление сухожильных и периостальных рефлексов с преобладанием справа, симптом Бабинского с обеих сторон. При рентгенологическом исследовании выявлен перелом чешуи левой височной кости. 1. Неврологические синдромы? 2. Предварительный клинический диагноз? 3. Врачебная тактика?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и врачебная тактика.	ТК
Задача 5. Женщина 47 лет пострадала в автомобильной аварии. В момент аварии находилась в автомобиле, ударились головой. После аварии в сознание не приходила. Доставлена бригадой «скорой медицинской помощи» в стационар через 40 минут после травмы. При осмотре в правой височной области выявлена ушибленная рана мягких тканей. В неврологическом статусе: поверхностная кома, ригидность шейных мышц и симптом Кернига с двух сторон, правый зрачок значительно шире левого и на свет не реагирует, в левых конечностях движения отсутствуют, симптом Бабинского слева. При рентгенологическом исследовании выявляется перелом чешуи правой височной кости. При эхоэнцефалоскопии выявлено смещение срединных структур влево на 7 мм. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные методы исследования? 5. Лечебная тактика?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и врачебная тактика.	ТК
Задача 6 Мужчина 30 лет доставлен в стационар бригадой «Скорой медицинской помощи» с улицы, где был сбит машиной. При обследовании в стационаре больной в состоянии психомоторного возбуждения, дезориентирован в месте, времени и собственной личности, сопротивляется осмотру. В неврологическом статусе: ригидность мышц шеи, симптом Кернига с обеих сторон, спонтанный горизонтальный нистагм в обе стороны, других нарушений не выявляется. При КТ головы обнаружены зоны патологического снижения плотности мозгового вещества в области полюсов лобных долей с небольшими участками высокоплотных	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и врачебная тактика.	ТК

вкраплений в них. Признаков компрессии и дислокации головного мозга нет. 1. Клинический диагноз? 2. Лечебная тактика? 3. Прогноз заболевания?		
--	--	--

Задача 7 Женщина 21 года была сбита машиной, при падении ударилась затылком о тротуар и утратила сознание на несколько минут. Придя в сознание, ощутила головную боль и тошноту, смогла самостоятельно встать и дойти до поликлиники, откуда была госпитализирована в стационар. В стационаре предъявляла жалобы на сильные головные боли и тошноту, при внешнем осмотре на коже затылочной области отмечена ссадина, в неврологическом статусе не выявлено патологических изменений. Спустя 6 часов после травмы возникло кратковременное психомоторное возбуждение, после которого развились расстройство сознания до уровня глубокого оглушения и слабость в левых конечностях до 3-х баллов с оживлением сухожильных и периостальных рефлексов и симптомом Бабинского. При эхоэнцефалоскопии обнаружено смещение срединных структур на 6 мм справа налево. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? Чем обусловлено ухудшение состояния к вечеру? 4. Дополнительные методы исследования? 5. Лечебная тактика?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и лечебная тактика.	ТК
Задача 8 Подросток 14 лет получил удар по голове тяжелым предметом, после чего утратил сознание в течение нескольких секунд. Придя в сознание, он жаловался на сильную головную боль и тошноту, была однократная рвота. Через 15 минут постепенно нарушилось сознание. Бригадой «скорой медицинской помощи» был доставлен в стационар. При обследовании в стационаре угнетение сознания до уровня сопора, в ответ на болевое раздражение в левых конечностях возникают активные движения, в правых конечностях они отсутствуют, отмечается симптом Бабинского с двух сторон. При эхоэнцефалоскопии установлено смещение срединных структур мозга слева направо на 7 мм. При рентгенографии черепа выявлена трещина левой теменной кости. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные методы исследования? 5. Лечебная тактика?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и лечебная тактика.	ТК
Задача 9 Мужчина 62 лет жалуется на головную боль и тошноту, которые отмечаются в течение последних 3 недель и постепенно усиливаются. В последние 3 дня на высоте приступа головной боли по утрам возникла рвота. Головные боли появились 3 недели назад после травмы: больной поскользнулся и упал на улице, ударился головой. После травмы отмечались кратковременная утрата сознания, головная боль, тошнота. К врачам не обращался. При осмотре в неврологическом статусе выявляются оживление сухожильных и периостальных рефлексов с левых конечностей, симптом Бабинского слева. При исследовании глазного дна окулист выявил начальные признаки застойных изменений дисков зрительных	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и лечебная тактика.	ТК

нервов. При эхоэнцефалоскопии обнаружено смещение срединных структур мозга справа налево на 9 мм. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные методы исследования? 5. Лечебная тактика?		
Задача 10. Мужчина 19 лет был избит на улице, получил удар тяжелым предметом по голове. Возникли кратковременная утрата сознания, однократная рвота, умеренная головная боль. Смог самостоятельно дойти до дома, за медицинской помощью не обращался. Через 3 часа после травмы отметил нарастание головной боли и слабость в левых конечностях. Доставлен в стационар бригадой «скорой медицинской помощи». При обследовании в стационаре выявлено угнетение сознания до степени оглушения, снижение мышечной силы в левых конечностях до трех баллов, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева. При осмотре головы в мягких тканях теменно-височной области справа найдена обширная гематома. При рентгенографии черепа обнаружен линейный перелом чешуи правой височной кости. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные методы исследования? 5. Лечебная тактика?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и лечебная тактика.	ТК
Задача 11. Женщина 33 лет после автомобильной аварии и травмы головы в течение трех месяцев находилась на стационарном, а затем амбулаторном лечении с диагнозом «Ушиб головного мозга средней тяжести». На фоне проведенного лечения состояние больной постепенно улучшилось, вернулась к работе. Спустя 3 месяца после выхода на работу у больной возобновились головные боли, которые стали постепенно нарастать. Стала отмечать шаткость при ходьбе. При обследовании выявлена неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, асинергия Бабинского. При осмотре окулиста обнаружены застойные диски зрительных нервов. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные методы исследования? 5. Лечебная тактика?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и лечебная тактика.	ТК
Задача 12. Женщина 41 года была сбита автомобилем. В момент травмы ударилась головой, после чего развилось нарушение сознания. Бригадой «скорой медицинской помощи» больная доставлена в стационар. При КТ головы очагов патологического изменения плотности мозгового вещества не выявлено, желудочковая система обычных размеров. В течение последующих 9 суток больная находится в состоянии комы. При осмотре: кома, спонтанное дыхание возможно, но неадекватно, вследствие чего проводится	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и лечебная тактика.	ТК

искусственная вентиляция легких в режиме вспомогательной вентиляции. Артериальное давление 120/75 мм рт.ст., пульс 65 ударов в минуту. Зрачки обычной величины, их реакция на свет сохранена. Отмечается диффузное повышение мышечного тонуса в конечностях с обеих сторон, преобладающее в мышцах-экстензорах, выявляется двухсторонний симптом Бабинского. В ответ на болевое раздражение четкой двигательной реакции нет. При повторной КТ головы также не обнаружено очагов патологического изменения плотности мозгового вещества. 1. Клинический диагноз? 2. Вероятный характер морфологических изменений мозга? 3. Механизм травмы, способный вызвать подобные морфологические изменения? 4. Лечебная тактика? 5. Прогноз заболевания?		
Задача 13. Мужчина 25 лет был избит, получил удар тяжелым предметом по голове. Отмечалась кратковременная утрата сознания, в дальнейшем беспокоила головная боль, была однократная рвота. Доставлен в стационар через 1 час после травмы. Предъявляет жалобы на головные боли, тошноту, слабость в левой руке. При осмотре в правой теменной области выявляется ушибленная рана мягких тканей головы. В неврологическом статусе отмечаются слабость левой руки со снижением мышечной силы преимущественно в кисти до трех баллов, снижение болевой и температурной чувствительности в левой кисти. При рентгенографии черепа выявляется многооскольчатый перелом передних отделов теменной кости справа с внедрением костных фрагментов в полость черепа на глубину около 2 см. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные методы исследования? 5. Лечебная тактика?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и лечебная тактика.	ТК
Задача 14. Мужчина 43 лет пострадал в автомобильной аварии. В момент аварии находился в автомобиле, ударился головой. Доставлен в стационар через 1 час после травмы. Со слов сопровождающих, после травмы отмечалась утрата сознания длительностью около 10 минут. После травмы развились многократная рвота, кровотечение из левого уха. Больной предъявляет жалобы на головную боль, головокружение, тошноту. Он дезориентирован в месте и времени, обстоятельства травмы не помнит. Отмечается истечение слегка розоватой жидкости из наружного слухового прохода слева. В неврологическом статусе выявляются ригидность шейных мышц, симптом Кернига с двух сторон, двухсторонний спонтанный горизонтальный нистагм, оживление сухожильных рефлексов справа, симптом Бабинского справа. При рентгенографии черепа обнаружен перелом чешуи и пирамиды левой височной кости. 1. Неврологические синдромы?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и лечебная тактика.	ТК

2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. С чем связано истечение жидкости из наружного слухового прохода? 5. Дополнительные методы исследования и их вероятные результаты? 6. Лечебная тактика?		
Задача 15 Юноша 18 лет получил травму во время занятий спортом: упал во время бега, ударился головой, потерял сознание на несколько секунд. Придя в сознание, он ощутил головную боль, головокружение и тошноту. Обратился за медицинской помощью через 3 часа после травмы в связи с сохраняющейся головной болью и тошнотой. При осмотре в неврологическом статусе не выявлено нарушений. Рентгенография черепа не показала патологических изменений. При эхоэнцефалоскопии не обнаружено смещения срединных структур головного мозга. 1. Клинический диагноз? 2. Врачебная тактика? 3. Прогноз заболевания?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и врачебная тактика.	ТК
Задача 16. Мужчина 44 лет жалуется на повышенную утомляемость, ослабление концентрации внимания, снижение работоспособности, плохой сон, общую слабость в течение двух лет после перенесенной легкой черепно-мозговой травмы. В неврологическом статусе не выявлено изменений. При исследовании эмоционального статуса отмечены проявления повышенной тревожности и снижения настроения. При магнитно-резонансной томографии не обнаружено изменений. 1. Клинический диагноз? 2. Врачебная тактика? 3. Прогноз заболевания?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и врачебная тактика.	ТК
Задача 17. Мужчина 31 года поскользнулся на улице, упал и ударился головой, потерял сознание на несколько минут. После восстановления сознания отметил головную боль, тошноту, однократную рвоту. Пациент самостоятельно добрался до ближайшей больницы, где обратился в приемное отделение. Осмотр врача проводится через 40 минут после травмы. В момент осмотра пациент жалуется на головные боли, тошноту, головокружение, обстоятельства травмы помнит нечетко. Наблюдаются припухлость и небольшая ссадина мягких тканей правой теменной области. В неврологическом статусе отмечается спонтанный горизонтальный нистагм в крайних отведениях, парезов и других очаговых неврологических синдромов не выявлено. При компьютерной рентгеновской томографии не обнаружено патологических изменений в веществе головного мозга и костях черепа. 4. Клинический диагноз? 5. Врачебная тактика?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и врачебная тактика.	ТК

Задача 18. Мужчина 42 лет получил бытовую травму. Со слов родственников упал в подъезде дома, ударился головой о ступеньки, отмечалась утрата сознания длительностью несколько минут. После травмы была однократная рвота. Пациент доставлен в стационар машиной «скорой медицинской помощи». Осмотр пациента проводится через час после травмы. В момент осмотра пациент предъявляет жалобы на головную боль и тошноту, обстоятельства травмы не помнит. Объективно: небольшая ушибленная рана мягких тканей головы в затылочной области справа. Пациент возбужден, дезориентирован в месте и времени, критика к состоянию снижена, не может понять, почему доставлен в больницу. При неврологическом обследовании: менингеальных симптомов нет, черепная иннервация без патологии, парезов и расстройств чувствительности нет, сухожильные и периостальные рефлексы оживлены слева, в пробе Ромберга и при ходьбе отклоняется влево. При рентгеновском исследовании костей черепа патологии не выявлено. При рентгеновской компьютерной томографии головы в области полюса правой лобной доли обнаружена зона пониженной плотности мозгового вещества, не выявлено признаков оболочечного кровоизлияния, внутричерепной гипертензии и дислокации мозга. 1. Неврологические синдромы? 2. Клинический диагноз? 3. Врачебная тактика?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и врачебная тактика.	ТК
Задача 19. Мужчина 23 лет пострадал в автомобильной аварии. Он находился на переднем сидении автомобиля в момент лобового столкновения, ударился головой о переднее стекло. Пациент доставлен машиной «скорой медицинской помощи» с места аварии. Спонтанное дыхание сохранено, адекватно. Артериальное давление – 140/80 мм рт.ст., частота сердечных сокращений 60 ударов в минуту. Признаков травматического повреждения внутренних органов не выявлено. В неврологическом статусе: в ответ на обращенную речь и на болевое раздражение глаза не открывает, в ответ на болевое раздражение отмечается нецеленаправленная двигательная реакция, менингеальных симптомов нет, зрачки D=S, прямая и содружественная реакции зрачков на свет сохранены, сухожильные и периостальные рефлексы симметрично оживлены, зоны вызывания рефлексов расширены, симптом Бабинского с двух сторон. При срочной рентгеновской компьютерной томографии головы в области полюсов лобных и височных долей с двух сторон отмечаются участки повышенной плотности мозгового вещества с явлениями перифокального отека, общий объем зон патологического изменения плотности мозгового вещества составляет около 30 кубических сантиметров, желудочковая система мозга грубо не деформирована, в области лобной кости справа отмечается линейный перелом, который не переходит на основание черепа. 1. Неврологические синдромы? 2. Клинический диагноз?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и врачебная тактика.	ТК

3. Врачебная тактика?		
Задача 20. Мужчина 56 лет, страдающий хроническим алкоголизмом, получил черепно-мозговую травму в состоянии опьянения. Обстоятельства травмы не известны. Со слов родственников за 3 суток до поступления в стационар пришел домой в состоянии опьянения со следами травмы на голове (множественные кровоподтеки мягких тканей лица и волосистой части головы), об обстоятельствах травмы не сообщал. В последующие дни алкоголь не употреблял, жаловался на головные боли, но за медицинской помощью не обращался. За 2 часа до поступления у больного впервые в жизни развился припадок с утратой сознания и судорогами в конечностях. После восстановления сознания у больного отмечаются вялость и адинамия, слабость в левых конечностях. Пациент госпитализирован бригадой «скорой медицинской помощи». При обследовании: больной в сознании, лежит с закрытыми глазами, на вопросы отвечает односложно, отмечается ригидность шейных мышц, сила в левых конечностях снижена до 3-х баллов, симптом Бабинского слева. При эхоэнцефалоскопии выявлено смещение срединных структур мозга на 8 мм справа налево. Рентгенография черепа без патологии. 1. Неврологические синдромы? 2. Предварительный клинический диагноз? 3. Врачебная тактика?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и врачебная тактика.	ТК

Раздел дисциплины (тема): Инфекционные заболевания нервной системы.

Вид оценочного средства: Тестовые задания:

1. Наиболее частый возбудитель энцефалита в Москве (1): 1) вирус полиомиелита, 2) вирус герпеса, 3) пневмококк, 4) стрептококк, 5) стафилококк.	2	ТК
2. Для энцефалита характерно (4): 1) центральный парез конечностей, 2) повышение температуры тела, 3) головная боль, 4) сыпь на лице и верхних конечностях, 5) эпилептические припадки.	1-3,5	ТК
3. Эндемичные регионы клещевого энцефалита (2): 1) Юго-Восточная Азия, 2) Сибирь, 3) Дальний Восток, 4) Центральная Америка, 5) Австралия.	2,3	ТК
4. Цереброспинальная жидкость при энцефалите (1): 1) повышение количества клеток более 1000 в мкл, 2) лимфоцитарный плеоцитоз, 3) повышение содержания глюкозы, 4) снижение содержания белка, 5) образование фибриновой пленки.	2	ТК
5. Лечение энцефалита неясной этиологии (1): 1) пираретам,	2	ТК

2) ацикловир, 3) пенициллин, 4) дексазон, 5) человеческий иммуноглобулин.		
6. Число случаев энцефалита в год на миллион населения (вне эндемических районов и эпидемий) (1): 1) 1-2, 2) 10-20, 3) 100-200, 4) 1000-2000, 5) 5000-10000.	1	ТК
7. Этиология гнойного менингита (3): 1) бледная спирохета, 2) пневмококк, 3) гемофильная палочка, 4) стрептококк, 5) микобактерия туберкулеза	2-4	ТК
8. Этиология серозного менингита (3): 1) энтеровирусы, 2) менингококк, 3) вирус иммунодефицита человека, 4) вирус хориоменингита, 5) стафилококк.	1,3,4	ТК
9. Для гнойного менингита характерно (3): 1) ригидность шейных мышц, 2) симптом Кернига, 3) эпилептические припадки, 4) головная боль, 5) афазия	1,2,4	ТК
10. Для серозного менингита характерно (2): 1) головная боль, 2) гемипарез, 3) нарушение сознания до комы, 4) ригидность шейных мышц, 5) геморрагическая сыпь на коже лица и туловища.	1,4	ТК
11. Основной дополнительный метод диагностики менингита (1): 1) МРТ головы, 2) КТ головы, 3) электроэнцефалография, 4) люмбальная пункция, 5) исследование вызванных потенциалов.	4	ТК
12. Для туберкулезного менингита характерно (3): 1) хроническое течение, 2) сенсорная афазия, 3) поражение глазодвигательных нервов, 4) головная боль, 5) мозжечковая атаксия.	1,3,4	ТК
13. Цереброспинальная жидкость при гнойном менингите (2): 1) увеличение количества клеток до 1000 и более в мкл, 2) лимфоцитарный плеоцитоз, 3) снижение содержания белка, 4) снижение содержания глюкозы, 5) образование фибриновой пленки	1,4	ТК
14. Цереброспинальная жидкость при серозном менингите (2): 1) увеличение количества клеток до 100 и более в мкл, 2) нейтрофильный плеоцитоз, 3) нормальное содержание глюкозы, 4) снижение содержания белка, 5) бесцветный и прозрачный характер жидкости.	1,3	ТК
15. Основное лечение гнойного менингита (1): 1) антибиотики, 2) кортикостероиды,	1	ТК

3) плазмаферез, 4) человеческий иммуноглобулин, 5) повторные люмбальные пункции.		
16. Полиомиелит (2): 1) вызывается вирусом Коксаки, 2) возникает преимущественно у детей в возрасте до 10 лет, 3) проявляется развитием моторной афазии, 4) проявляется возникновением мозжечковой атаксии, 5) проявляется развитием периферических парезов конечностей	2,5	ТК
17. Локализация поражения при опоясывающем лишае (2): 1) передние рога спинного мозга, 2) боковые рога спинного мозга, 3) спинномозговые ганглии, 4) гиппокамп, 5) Гассеров узел.	3,5	ТК
18. Для опоясывающего лишая характерно (2): 1) нарушение функции тазовых органов, 2) сегментарный тип расстройства чувствительности, 3) боли, 4) осложнение в виде гнойного менингита, 5) осложнение в виде энцефалита.	2,3	ТК
19. Лечение постгерпетической невралгии (2): 1) антибиотики, 2) противосудорожные средства (карбамазепин), 3) ноотропные средства (пирацетам), 4) антидепрессанты (амитриптилин), 5) наркотические анальгетики.	3,4	
20. Развитие полирадикулоневрита характерно как осложнение (1): 1) кори, 2) дифтерии, 3) ветряной оспы, 4) краснухи, 5) туберкулеза легких.	1	ТК
21. Клинические формы нейросифилиса (3): 1) спинная сухотка, 2) менингит, 3) синдром бокового амиотрофического склероза, 4) прогрессивный паралич, 5) невралгия тройничного нерва.	1,2,4	ТК
22. Менинговаскулярный нейросифилис (3): 1) наиболее частая форма нейросифилиса в настоящее время, 2) проявляется церебральным инсультом, 3) проявляется спинальным инсультом, 4) проявляется синдромом бокового амиотрофического склероза, 5) сопровождается нейтрофильным плеоцитозом в ликворе.	1-3	ТК
23. Поражения нервной системы при синдроме приобретенного иммунодефицита (4): 1) менингит, 2) энцефалит, 3) миелопатия, 4) поражение лицевого нерва, 5) миопатия.	1-4	ТК
24. СПИД-деменция (4): 1) возникает почти у половины больных (в развернутой стадии болезни), 2) проявляется нарушением памяти и других когнитивных функций, 3) проявляется атаксией и центральными парезами конечностей, 4) проявляется эпилептическими припадками, 5) регрессирует при адекватной терапии основного заболевания.	1-4	ТК
25. Спинальный эпидуральный абсцесс (эпидурит) (4): 1) часто вызывается гематогенным путем,	1,3-5	ТК

2) обычно развивается в шейном отделе позвоночника,		
3) проявляется болью в спине и повышением температуры,		
4) диагностируется при МРТ позвоночника,		
5) требует хирургического лечения.		

Вид оценочного средства: Ситуационные задачи:

Задача 1. У женщины 60 лет в течение двух суток нарастает головная боль, повышается температура тела (до 38,5 °С), на третий день заболевания развивается судорожный эпилептический припадок с потерей сознания в течение нескольких минут. При обследовании: в сознании, но на вопросы отвечает односложно, жалуется на сильную головную боль, сонливость, обращенную речь понимает, но собственная речь больной имеет грамматические нарушения, отмечается «телеграфный» стиль речи. Слабость нижней части мимических мышц справа, снижение силы в правых конечностях до 3-х баллов с повышением в них мышечного тонуса, сухожильных рефлексов, и наличием симптома Бабинского. 1. Неврологические синдромы? 2. Топический диагноз? 3. Предполагаемое заболевание? 4. Дополнительные методы обследования? 5. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и врачебная тактика	ТК
Задача 2. У женщины 65 лет возникли опоясывающие боли в правой половине грудной клетки, через 3 дня появились везикулезные высыпания в этой области. В течение месяца высыпания полностью прошли, но беспокоит боль в грудной клетке, которая периодически усиливается и нарушает ночной сон. Прием ненаркотических анальгетиков мало эффективен. При обследовании справа выявлены участки кожной депигментации в области грудной клетки, болевая гиперестезия на уровне 5-10-го грудных сегментов справа. 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Предполагаемое заболевание? 4. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и врачебная тактика.	ТК
Задача 3. Мужчина 55 лет предъявляет жалобы на головную боль, повышение температуры тела до 38,0 °С в течение последних трех дней, а также онемение в левых конечностях, которое возникло в день обращения. При обследовании: в сознании, ориентирован в месте и времени, обращенную речь понимает не полностью, в речи больного отмечаются вербальные парафазии, ослабление болевой и температурной чувствительности в половине лица, туловища и конечностей слева. При исследовании цереброспинальной жидкости выявлен лимфоцитарный плеоцитоз (105 клеток в 1 мкл), белок 0,44 г/л, уровень глюкозы нормален. 1. Неврологические синдромы? 2. Топический диагноз? 3. Предполагаемое заболевание? 4. Дополнительные методы обследования?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и врачебная тактика.	ТК

5. Лечение?		
Задача 4. Мужчина 72 лет предъявляет жалобы на боли и высыпания в правой лобной области, которые появились пять дней назад. Пациент считает себя практически здоровым, в последние несколько лет у него наблюдается периодическое повышение артериального давления до 150/90 мм рт.ст. При обследовании в правой лобной области отмечаются везикулезные высыпания, в этой области выявляется ослабление болевой и температурной чувствительности, других нарушений нет. 1. Неврологические синдромы? 2. Топический диагноз? 3. Предполагаемое заболевание? 4. Дополнительные методы обследования? 5. Лечение, если подтвердится предполагаемый диагноз?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и врачебная тактика.	ТК
Задача 5. Мужчина 25 лет предъявляет жалобы на нарастающие головные боли и повышение температуры до 37,5°C в течение последних двух дней. До заболевания считал себя практически здоровым. При обследовании: сознание ясное, ориентирован в месте и времени, ригидность шейных мышц, симптом Кернига с обеих сторон, других неврологических нарушений нет. С диагностической целью больному проведена люмбальная пункция. При исследовании цереброспинальной жидкости отмечено увеличение количества лимфоцитов до 150 клеток в мкл, белок – 0,65 г/л, уровень глюкозы в норме. 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Предполагаемое заболевание? 4. Дополнительные методы обследования? 5. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и врачебная тактика.	ТК
Задача 6. Мужчину 65 лет на протяжении двух суток беспокоят нарастающая головная боль и повышение температуры до 39°C. В течение последнего года два раза болел пневмонией, лечился антибиотиками. При обследовании: в сознании, ориентирован в месте и времени, но на вопросы отвечает односложно, быстро истощается, значительная степень ригидности шейных мышц, симптом Кернига с обеих сторон, других неврологических нарушений не выявлено. С диагностической целью больному проведена люмбальная пункция, получен мутный ликвор. При исследовании цереброспинальной жидкости отмечено увеличение количества клеток до 1450 клеток в мкл, из них 90% нейтрофилы, белок – 0,99 г/л, снижение уровня глюкозы. 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Предполагаемое заболевание? 4. Дополнительные методы обследования? 5. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и врачебная тактика.	ТК
Задача 7. Мужчина 45 лет предъявляет жалобы на слабость в руках и мышцах шеи. Две недели назад был в командировке в Тюмени, несколько раз ходил на охоту	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы	ТК

в лес недалеко от города. К концу командировки отметил головную боль, повышение температуры. В дальнейшем появилась и нарастает слабость в мышцах рук и шеи. При обследовании: легкая ригидность шейных мышц, слабость в мышцах шеи и проксимальных отделах рук до 3-х баллов со снижением мышечного тонуса и утратой рефлексов, других неврологических нарушений нет. 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Предполагаемое заболевание? 4. Дополнительные методы обследования? 5. Лечение?	исследования и врачебная тактика.	
Задача 8. У юноши 18 лет в течение последних трех месяцев отмечаются почти постоянные клонические судороги в мышцах конечностей и живота. За этот период также отмечалось два кратковременных припадка с потерей сознания и тонико-клоническими судорогами в конечностях. Из анамнеза известно, что полгода назад ходил в поход с друзьями по Иртышу, в этот период несколько раз был укушен клещом, отмечались повышение температуры (до 37,5°C) и легкая головная боль, к врачам не обращался. При обследовании легкая слабость в левых конечностях до 4-х баллов с оживлением сухожильных рефлексов, наличием симптома Бабинского. В левых конечностях и животе периодически наблюдаются клонические судороги, других неврологических нарушений нет. 1. Неврологический синдром? 2. Локализация поражения? 3. Предполагаемое заболевание? 4. Дополнительные методы обследования? 5. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и врачебная тактика.	ТК
Задача 9. У мужчины 36 лет возникли боли в спине, затем слабость в ногах и задержка при мочеиспускании. Из анамнеза известно, что 10 лет назад был диагностирован сифилис, лечился у знакомого врача-уролога и, по мнению больного, с положительным эффектом. При обследовании: слабость в ногах до 3-х баллов, рефлексы оживлены, симптом Бабинского с обеих сторон, положительные симптомы натяжения нервных корешков (Ласега, Вассермана), ослабление суставно-мышечного чувства и вибрационной чувствительности в нижних конечностях, других неврологических нарушений нет. 1. Неврологические синдромы? 2. Топический диагноз? 3. Предполагаемое заболевание? 4. Дополнительные методы обследования? 5. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и врачебная тактика.	ТК
Задача 10. Молодого человека 22 лет беспокоят нарастающая головная боль и повышение температуры тела до 37°C в течение недели. До заболевания считал себя практически здоровым, из перенесенных болезней помнит только о ветряной оспе и кори в детстве, а также о редких острых респираторных вирусных инфекциях. При обследовании: ригидность шейных мышц, симптом Кернига с обеих сторон, других неврологических нарушений нет. При люмбальной	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и врачебная тактика.	ТК

пункции получен мутноватый ликвор, состав цереброспинальной жидкости: увеличение количества клеток до 105 в мкл (90% лимфоциты), белок 0,65 г/л, уровень глюкозы в норме, положительная реакция Вассермана. 1. Неврологические синдромы? 2. Топический диагноз? 3. Предполагаемое заболевание? 4. Дополнительные методы обследования? 5. Лечение?		
Задача 11. Мужчину 25 лет в течение месяца беспокоят нарастающие головные боли и слабость в левых конечностях. До заболевания он считал себя практически здоровым, не женат, гомосексуалист. При обследовании: опущение угла рта слева, асимметрия при оскале (небольшой перекос лица вправо), слабость в левой руке до 3-х баллов, в ноге до 4-х баллов с повышением мышечного тонуса, сухожильных рефлексов, симптомом Бабинского, других неврологических нарушений нет. В анализе крови получены положительные реакции на ВИЧ-инфекцию и токсоплазмоз. При магнитно-резонансной томографии головы выявлены множественные округлые очаги (до 15-20 мм в диаметре) повышенной интенсивности сигнала в T-2 режиме и пониженной интенсивности сигнала в T-1 режиме. 1. Неврологические синдромы? 2. Топический диагноз? 3. Предполагаемое заболевание? 4. Дополнительные методы обследования? 5. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и врачебная тактика.	ТК
Задача 12. Мужчина 45 лет, страдающий синдромом приобретенного иммунодефицита, предъявляет жалобы на снижение памяти, трудности концентрации внимания, замедленность мышления. При нейропсихологическом обследовании отмечаются легкое снижение памяти, нарушения гнозиса, праксиса, и интеллекта. В неврологическом статусе выявляются равномерное оживление сухожильных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма, легкое повышение мышечного тонуса по типу ригидности, неустойчивость в усложненной пробе Ромберга. 1. Неврологические синдромы? 2. Топический диагноз? 3. Предполагаемое заболевание? 4. Дополнительные методы обследования? 5. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и врачебная тактика.	ТК
Задача 13. У мужчины 52 лет, страдающего туберкулезом легких, в течение месяца нарастают головная боль и общая слабость, отмечается повышение температуры тела до 37°C. При обследовании: сознание ясное, ориентирован в месте и времени, но на вопросы отвечает односложно, быстро истощается, ригидность шейных мышц, симптом Кернига с обеих сторон, других неврологических нарушений нет. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предполагаемое заболевание?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и врачебная тактика.	ТК

4. Дополнительные методы обследования? 5. Лечение?		
Задача 14. У мальчика трех лет возникли сначала повышение температуры до 37°C и понос в течение нескольких дней, затем боли в мышцах ног и слабость в них. Со слов мамы известно, что из-за аллергических реакций мальчику не проводились профилактические прививки. При обследовании: слабость в ногах до 2-х баллов со снижением мышечного тонуса и утратой сухожильных рефлексов, других неврологических нарушений нет. 1. Неврологический синдром? 2. Топический диагноз? 3. Предполагаемое заболевание? 4. Дополнительные методы обследования? 5. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и врачебная тактика.	ТК
Задача 15. У девочки трех лет через неделю после прививки против полиомиелита развились боли и слабость в ногах. В течение недели до прививки девочка болела острой респираторной вирусной инфекцией, но родители не сообщили об этом медицинской сестре, проводящей профилактическую вакцинацию. При обследовании: слабость в ногах до 4-х баллов с незначительным снижением мышечного тонуса и рефлексов, других неврологических нарушений нет. 1. Неврологический синдром? 2. Топический диагноз? 3. Предполагаемое заболевание? 4. Дополнительные методы обследования? 5. Прогноз?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы. Правильно описан синдромальный, топический и клинический диагноз, указаны методы исследования и врачебная тактика.	ТК

Раздел дисциплины (тема): Эпилепсия. Обмороки.

Вид оценочного средства: Тестовые задания:

1. Эпилепсия встречается в популяции с частотой (1) : 1) 1:10, 2) 1:100, 3) 1:1000, 4) 1:10000, 5) 1:100 0000.	2)	ТК
2. Лечение эпилепсии эффективно при правильно подобранной терапии в (1): 1) 1-5%, 2) 5-10%, 3) 10-20%, 4) 20-50%, 5) 50-80%.	5)	ТК
3. Генерализованный эпилептический припадок отличается от парциального наличием (1): 1) судорог во всех конечностях, 2) судорог в лице, 3) потери сознания 4) ауры, 5) висцеральных нарушений.	3)	ТК
4. На электроэнцефалограмме у больных с абсансами выявляются (1): 1) комплексы пик-волна с частотой 3 гц, 2) высокоамплитудные дельта-волны, 3) высокоамплитудные тэта-волны, 4) высокоамплитудные альфа-волны, 5) высокоамплитудные бета-волны.	1)	ТК

5. Лечение парциальных эпилептических припадков (3): 1) депакин, 2) карбамазепин, 3) пирацетам, 4) суксилеп, 5) топакмакс.	1) 2) 5)	ТК
6. Лечение абсансов (2): 1) депакин, 2) карбамазепин, 3) кавинтон, 4) парлодел, 5) суксилеп.	1) 5)	ТК
7. Эпилептический припадок (2): 1) всегда сопровождается потерей сознания, 2) всегда проявляется судорогами в конечностях, 3) развивается вследствие чрезмерных нейронных разрядов, 4) регистрируется при электроэнцефалографии в виде эпилептической активности.	3) 4)	ТК
8. В генерализации эпилептического процесса играют большую роль (2): 1) лимбическая система, 2) бледный шар, 3) ретикулярная формация среднего мозга, 4) внутренняя капсула, 5) мозжечок.	1) 3)	ТК
9. К "антиэпилептическим" образованиям относят (2): 1) хвостатое ядро, 2) черную субстанцию, 3) мозжечок, 4) нижнюю оливу.	1) 3)	ТК
10. Причины симптоматической эпилепсии (3): 1) опухоль головного мозга, 2) эпидуральная гематома, 3) отравление таллием, 4) герпетический энцефалит.	1) 2) 4)	ТК
11. К парциальным припадкам относят (2): 1) простые абсансы, 2) акинетические абсансы, 3) психосенсорные припадки, 4) моторные джексоновские припадки, 5) большие судорожные припадки.	3) 4)	ТК
12. Возникающая в пожилом возрасте эпилепсия чаще всего является следствием (1): 1) перинатальной патологии, 2) опухоли головного мозга, 3) серозного менингита, 4) гнойного менингита, 5) цереброваскулярного заболевания.	5)	ТК
13. Эпилептические припадки при хроническом алкоголизме обычно возникают (1): 1) в период запоя, 2) в течение трех суток после прекращения запоя (в абстинентном периоде), 3) при длительном (более трех месяцев) воздержании от алкоголя, 4) при употреблении алкоголя после длительного воздержания от него.	2)	ТК
14. Общие принципы терапии эпилепсии (2): 1) выбор противоэпилептического препарата в зависимости от типа припадка, 2) лечение курсами по 3-6 месяцев в течение года, 3) комбинация нескольких противоэпилептических средств в начале лечения, 4) выбор дозы препарата в зависимости от веса пациента,	1) 4)	ТК

5) прекращение лечения при отсутствии припадков в течение года.		
15. Для предупреждения всех типов эпилептических припадков можно использовать (1): 1) фенobarбитал, 2) дифенин, 3) депакин, 4) карбамазепин. 5) седуксен.	3)	ТК
16. Причина эпилепсии в детском и юношеском возрасте чаще всего (1): 1) идиопатическая, 2) опухоль головного мозга, 3) цереброваскулярное заболевание, 4) инфекционное поражение головного мозга или его оболочек, 5) дегенеративное заболевание.	1)	ТК
17. Большой генерализованный эпилептический припадок отличается от малого (2): 1) потерей сознания, 2) наличием судорог, 3) амнезией припадка, 4) непроизвольным мочеиспусканием во время припадка, 5) развитием преимущественно у детей.	2) 4)	ТК
18. Эпилептический статус диагностируется, если припадок продолжается более (1): 1) 10 минут, 2) 30 минут, 3) 3 часов, 4) 12 часов, 5) суток.	2)	ТК
19. При эпилептическом припадке для купирования судорог вводят (1): 1) амитриптилин, 2) винпоцетин, 3) диазепам, 4) пирацетам, 5) церебролизин.	3)	ТК
20. Самый частый вид обморока (1): 1) никтурический, 2) вазомоторный, 3) кардиогенный, 4) ортостатический.	2)	ТК
21. Потеря сознания при обмороке обычно длится (1): 1) несколько минут, 2) 1-2 часа, 3) 3-4 часа, 4) 4-6 часов, 5) более 6 часов.	1)	ТК
22. Для обморока характерно (2): 1) бледность кожных покровов, 2) снижение мышечного тонуса, 3) миоз, 4) повышение артериального давления, 5) двусторонний симптом Бабинского.	1) 2)	ТК
23. Обмороки характерны для (2): 1) анемии, 2) атриовентрикулярной блокады, 3) хронического гастрита, 4) острого пиелонефрита, 5) артериальной гипертензии.	1) 2)	ТК
24. Обмороки обычно (1): 1) не развиваются в горизонтальном положении, 2) сопровождаются сонливостью после припадка, 3) проявляются судорогами в конечностях, 4) вызывают цианоз лица.	1)	ТК

25. При развитии вазовагального обморока следует (2): 1) внутривенно ввести пираретам (ноотропил), 2) внутривенно ввести диазепам (реланиум), 3) приподнять голову, 4) обеспечить доступ свежего воздуха.	3) 4)	
---	----------	--

Вид оценочного средства: Ситуационные задачи:

Задача 1. Родители мальчика 6 лет в течение последнего года стали замечать, что периодически во время игры, еды или разговора ребёнок как бы " застывает" на протяжении нескольких секунд. В это время его глаза неподвижны, он не говорит, не отвечает на вопросы, а, возвратившись к обычному состоянию, не помнит о кратковременном нарушении сознания. Такие приступы могут повторяться до нескольких десятков раз в день. Неврологических нарушений не выявлено.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1.Тип припадков? 2.Дополнительные обследования? 3. Лечение? 4. Прогноз? Правильно описан тип припадков, предложены дополнительные методы обследования, указано лечение и прогноз.	ТК
Задача 2. Мужчина 35 лет в течение многих лет злоупотребляет алкоголем. На 2-й день после очередного алкогольного эксцесса он внезапно потерял сознание, возникли тоническое напряжение всех мышц и цианоз лица. Затем появились клонические судороги в конечностях, которые продолжались в течение нескольких минут. В конце приступа возникло непроизвольное мочеиспускание. Больной быстро пришел в себя, его беспокоила головная боль. Неврологических нарушений после приступа не выявлено.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1.Предположительный клинический диагноз? 2.Дополнительные обследования? 3. Врачебная тактика? Правильно описан нозологический диагноз, предложены дополнительные методы обследования, врачебная тактика	ТК
Задача 3. Мужчину 45 лет в течение последнего года часто беспокоят головные боли. Три дня назад у него впервые в жизни развился приступ в виде клонических подергиваний в правой стопе, которые затем распространились на всю ногу, а в дальнейшем на правую руку и на правую половину мимических мышц. Приступ продолжался в течение нескольких минут, потери сознания при этом не отмечалось. В течение длительного периода времени мужчина злоупотребляет алкоголем. При неврологическом обследовании вне приступа выявлено повышение сухожильных рефлексов справа, симптом Бабинского на правой стопе.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Тип припадков? 2.Неврологические синдромы? 3.Топический диагноз? 4.Предполагаемое заболевание? 5.Дополнительные методы обследования? 6. Врачебная тактика? Правильно описан тип припадков, синдромальный, топический и нозологический диагноз, предложены дополнительные методы обследования, врачебная тактика	ТК
Задача 4. Девушка 18 лет жалуется на эпизоды утраты сознания, возникающие в душном помещении или транспорте. Утрате сознания предшествует ощущение «дурноты, темноты в глазах». Если в этот период пациентке удастся прилечь или сесть, то потери сознания обычно не наступают. Эти состояния беспокоят эпизодически с 14 лет, но последние месяцы стали возникать чаще на фоне повышенного эмоционального и физического напряжения (совмещение работы и учебы на вечернем отделении института). При обследовании не выявлено неврологических нарушений.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1.Предполагаемый клинический диагноз? 2.Механизм развития заболевания? 3.Дифференциальный диагноз? 4.Дополнительные обследования? 5. Лечение? Правильно описан нозологический диагноз, механизм развития заболевания, дифференциальный диагноз, предложены дополнительные методы обследования и указано лечение	ТК
Задача 5. Мужчина 65 лет отмечает, что в течение последних нескольких лет при тугом завязывании галстука или	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1.Предполагаемый клинический диагноз?	ТК

ношении водолазки с тесным воротом у него может развиваться приступ потери сознания, который длится не более двух-трех минут и не сопровождается судорогами в конечностях. Аналогичный приступ возник в стационаре при проведении массажа шеи и воротниковой зоны в связи с болями в шейном отделе позвоночника на фоне остеохондроза и спондилеза. При обследовании не выявлено очаговых неврологических нарушений.	2.Механизм развития заболевания? 3.Дифференциальный диагноз? 4.Дополнительные обследования? 5. Врачебная тактика? Правильно описан нозологический диагноз, механизм развития заболевания, дифференциальный диагноз, предложены дополнительные методы обследования, врачебная тактика	
Задача 6. У мужчины 20 лет в течение последних 5 лет возникают приступы потери сознания, которые начинаются с ощущения неприятного запаха в течение нескольких секунд. Затем наступает потеря сознания, возникают тонические и клонические судороги в конечностях, прикус языка и недержание мочи. Приступ продолжается в течение нескольких минут, после приступа обычно беспокоит головная боль, события в период припадка больной не помнит. Сначала припадки возникали не чаще одного раза в полгода, в последний год они участились до одного раза в месяц. При обследовании не выявлено изменений в неврологическом статусе.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1.Тип припадков? 2.Предполагаемый клинический диагноз? 3.Дополнительные обследования? 4. Лечение? Правильно описан тип припадков, описан нозологический диагноз, предложены дополнительные методы обследования и указано лечение	ТК
Задача 7. У женщины 35 лет в течение 15 лет ночью во время сна возникают приступы тонических и клонических судорог в конечностях, иногда они сопровождаются прикусом языка и недержанием мочи. Приступ продолжается в течение нескольких минут, после приступа больная спит, утром о перенесенном припадке не помнит. Припадки возникают один или два раза в год. При обследовании не выявлено изменений в неврологическом статусе.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1.Тип припадков? 2.Предполагаемый клинический диагноз? 3.Дифференциальный диагноз? 4.Дополнительные обследования? 5. Лечение? Правильно описан тип припадков, описан нозологический диагноз, дифференциальный диагноз, предложены дополнительные методы обследования и указано лечение	ТК
Задача 8.. У мальчика 4 лет в период пневмонии, сопровождающейся повышением температуры до 39°C, возникли тонические и клонические судороги в конечностях в течение нескольких минут. Со слов матери ребенка аналогичный припадок отмечался во время острой респираторной вирусной инфекции и подъема температуры в возрасте 6 месяцев. При обследовании ребенка не выявлено изменений в неврологическом статусе.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1.Тип припадков? 2.Предполагаемый клинический диагноз? 3.Дополнительные обследования? 4. Врачебная тактика? 5. Прогноз? Правильно описан тип припадков, описан нозологический диагноз, предложены дополнительные методы обследования, врачебная тактика и прогноз	ТК
Задача 9. Мужчина 35 лет с 18 лет страдает приступами с потерей сознания и тонико-клоническими судорогами в конечностях, продолжающимися в течение нескольких минут. Рекомендованные врачами лекарственные средства принимает нерегулярно. После бессонной ночи развились потеря сознания и клонические судороги в конечностях. После окончания судорог полного восстановления сознания не произошло, а возникла целая серия подобных припадков. При обследовании вне приступа сознание нарушено, контакт с больным отсутствует, симптомов раздражения мозговых оболочек нет, зрачки	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1.Предполагаемый клинический диагноз? 2.Возможные причины развития подобного состояния? 3.Дополнительные обследования? 4. Лечение? Правильно описан нозологический диагноз, возможные причины развития подобного состояния, предложены дополнительные методы обследования и указано лечение	ТК

симметричные, их реакция на свет и корнеальные рефлексы сохранены, тонус мышц конечностей низкий, сухожильные рефлексы низкие, патологических рефлексов нет.		
Задача 10. Мужчина 65 лет в период ночного мочеиспускания почувствовал дурноту, потемнение в глазах и потерял сознание. Ранее подобных состояний не отмечал, считал себя практически здоровым. При обследовании не выявлено неврологических нарушений	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1.Предполагаемый клинический диагноз? 2.Возможные причины развития подобного состояния? 3.Дополнительные обследования? 4. Лечение? Правильно описан нозологический диагноз, возможные причины развития подобного состояния, предложены дополнительные методы обследования и указано лечение	ТК
Задача 11. Родители мальчика 9 лет обратились к врачу, потому что у их сына развились два приступа судорог в левых конечностях. Первый приступ возник месяц назад и проявлялся в течение 10 минут судорогами, которые появились на фоне ясного сознания в левой половине лица и распространились на левую руку и ногу. Аналогичный приступ без потери сознания повторился неделю назад. При обследовании выявлены повышение сухожильных рефлексов слева, симптомы Тремнера и Бабинского слева.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Тип припадков 2.Неврологический синдром? 3. Топический диагноз? 4.Дополнительные методы обследования? 5.Дифференциальный диагноз? Правильно описан тип припадков, синдромальный и топический диагноз, дифференциальный диагноз, предложены дополнительные методы обследования.	ТК
Задача 12. Мужчина 65 лет утром, при резком вставании с постели, потерял сознание и упал. Длительность потери сознания составила несколько секунд. В течение последних месяцев при резком вставании с постели или стула периодически отмечал головокружение, ощущение потери сознания. При обследовании обнаружено, что артериальное давление в положении сидя составляет 140/90 мм рт.ст., а при вставании оно снижается до 90/60 мм рт. ст. и через пять минут достигает уровня 100/70 мм рт.ст. В неврологическом статусе не выявлено изменений.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1.Тип пароксизмального нарушения сознания? 2.Предполагаемый клинический диагноз? 3.Возможные причины развития подобного состояния? 4.Дополнительные обследования? 5. Врачебная тактика? Правильно описан тип пароксизмального нарушения сознания, нозологический диагноз, возможные причины развития подобного состояния, предложены дополнительные методы обследования, врачебная тактика	ТК
Задача 13. Женщина 72 лет предъявляет жалобы на периодические потери сознания в течение последнего месяца. Женщина длительное время страдает хроническим бронхитом, эмфиземой лёгких. В течение последнего месяца отмечает ухудшение состояния, усиления кашля, незначительное повышение температуры тела вечером (до 37,0-37,2°C). При длительном кашле возникают приступы потери сознания в течение нескольких секунд. При неврологическом осмотре не выявлено патологических изменений.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1.Предполагаемый клинический диагноз? 2.Возможные причины развития подобного состояния? 3.Дополнительные обследования? 4.Лечение? Правильно описан нозологический диагноз, возможные причины развития подобного состояния, предложены дополнительные методы обследования и указано лечение	ТК
Задача 14. Мужчина 32 лет предъявляет жалобы на приступы с потерей сознания. Полгода назад он попал в автомобильную аварию, потерял сознание на длительное время, и у него был установлен ушиб	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1.Тип припадков? 2.Неврологический синдром. 3.Топический диагноз?	ТК

головного мозга. Три месяца назад у больного впервые развился припадок с тонико-клоническими судорогами в конечностях, потерей сознания и недержанием мочи. Подобные припадки стали повторяться каждые 2 недели. При неврологическом обследовании выявлено повышение сухожильных рефлексов слева, симптом Бабинского слева.	4.Предполагаемое заболевание? 5.Дополнительные методы обследования? 6.Лечение? Правильно описан тип припадков, синдромальный, топический и нозологический диагноз, предложены дополнительные методы обследования и указано лечение.	
Задача 15. 21-летний мужчина доставлен в приемное отделение больницы без сознания. Со слов сопровождающего друга, около одного часа назад мужчина внезапно остановился, затем упал с высоты собственного роста на пол, его тело напряглось, выгибаясь назад. После этого появились судороги в руках и ногах, которые продолжались несколько минут. Спустя несколько минут после окончания судорог, больной открыл глаза, но никого не узнавал, не ориентировался в окружающей обстановке, отмечалось непроизвольное мочеиспускание. В дальнейшем он в сознание не приходил, у него периодически наблюдались судорожные подергивания в руках и ногах, на фоне которых трижды повторялись припадки с сильными судорогами на протяжении нескольких минут. Из разговора с матерью больного стало известно, что он с детства страдает такими припадками (2-3 раза в год), постоянно принимает финлепсин в дозе 600 мг в сутки. В последние двое суток он жил у друга и таблетки не принимал, так как забыл взять их с собой. В этот период выпил бутылку водки. При осмотре в неврологическом статусе: больной без сознания, на болевые раздражители реагирует гримасой и стоном, легкое расходящееся косоглазие, зрачки одинаковой величины, их реакция на свет вялая, лицо симметрично, поднятые конечности опускаются одинаково медленно с обеих сторон, сухожильные рефлексы с рук и ног живые, симптом Бабинского с обеих сторон. Во время осмотра периодически возникают клонические подергивания в руках и ногах.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1.Тип припадков? 2.Как расценить настоящее состояние больного? 3.Предполагаемое заболевание? 4.Дополнительные методы обследования? 5. Лечение? Правильно описан тип припадков, расценено настоящее состояние больного, нозологический диагноз, предложены дополнительные методы обследования и указано лечение.	ТК

Раздел дисциплины (тема): Вегетативная дистония, невротические расстройства

Вид оценочного средства: *Тестовые задания:*

1. Наиболее частая причина вегетативной дистонии (1): 1) сосудистые заболевания головного мозга, 2) болезнь Паркинсона, 3) рассеянный склероз, 4) боковой амиотрофический склероз, 5) невротические расстройства.	5	ТК
2. Характерные проявления вегетативной дистонии (3): 1) центральный парез конечности, 2) проводниковый тип расстройства чувствительности, 3) сердцебиения, 4) ощущение нехватки воздуха, 5) учащенное и обильное мочеиспускание.	3,4,5	ТК
3. При вегетативной дистонии в случае гиперактивности симпатической нервной системы используют (1): 1) блокаторы кальциевых каналов короткого действия, 2) блокаторы кальциевых каналов длительного действия, 3) бета-адреноблокаторы,	3	ТК

4) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, 5) ингибиторы рецепторов ангиотензина.		
4. Факторы развития невротических расстройств (3): 1) психологические травмы, 2) психотравмирующие ситуации в детстве, 3) артериальная гипертензия, 4) наследственно-конституциональная предрасположенность, 5) мужской пол.	1,2,4	ТК
5. Проявления тревожного невроза (2): 1) абсанс, 2) панические атаки, 3) вегетативная дистония, 4) интенционный тремор, 5) «порхающий» тремор (астериксис).	2,3	ТК
6. Панические атаки (3): 1) характерны для невротических расстройств, 2) нередко возникают в ночное время, 3) обычно продолжаются на протяжении двух или трех суток, 4) часто приводят к страху открытых пространств (агорафобия), 5) часто осложняются развитием эпилептического припадка.	1,2,4	ТК
7. Для панических атак характерно (4): 1) боли в сердце и сердцебиения, 2) затруднение дыхания, 3) ощущение приближающегося несчастья или смерти, 4) тонико-клонические судороги в конечностях, 5) ощущение волн жара или холода.	1,3,4,5	ТК
8. Для фобического невроза характерно (3): 1) страх какого-либо заболевания, 2) страх замкнутых или открытых пространств, 3) панические атаки, 4) корсаковский синдром, 5) хореический гиперкинез.	1,2,3	ТК
9. Для невротических расстройств характерно (3): 1) снижение концентрации внимания, 2) истинный астереогноз, 3) амнестическая афазия, 4) повышенная утомляемость, 5) нарушение сна.	1,4,5	ТК
10. При тревожном неврозе часто выявляются (2): 1) оживление сухожильных рефлексов, 2) симптом Бабинского, 3) постуральный тремор пальцев кистей, 4) мышечная ригидность, 5) отсутствие брюшных рефлексов.	1,3	ТК
11. Неврозоподобные расстройства характерны для (3): 1) заболеваний щитовидной железы, 2) заболеваний надпочечников, 3) приема бета-адреноблокаторов, 4) приема блокаторов кальциевых каналов, 5) приема психостимуляторов.	1,2,5	ТК
12. Лечение невротических расстройств (3): 1) психотерапия, 2) транквилизаторы, 3) антидепрессанты, 4) центральные холинолитики, 5) препараты лития.	1,2,3	ТК
13. Купирование панической атаки (2): 1) сернокислая магнезия, 2) альпрозалам, 3) пирацетам, 4) клоназепам, 5) калимин.	2,4	ТК

14. Истерический невроз обычно возникает (1): 1) у мужчин в молодом возрасте, 2) у мужчин в среднем возрасте, 3) у мужчин в пожилом возрасте, 4) у женщин в молодом возрасте, 5) у женщин в среднем возрасте.	4	ТК
15. Течение истерического невроза (1): 1) острое без последующих рецидивов, 2) хроническое с периодическими обострениями, 3) неуклонно-прогрессирующее без обострений, 4) неуклонно-прогрессирующее с редкими обострениями, 5) неуклонно-прогрессирующее с частыми обострениями.	2	ТК
16. Для истерического паралича характерно (1): 1) нормальные сухожильные рефлексы, 2) отсутствие брюшных рефлексов, 3) симптом Бабинского, 4) повышение тонуса мышц по типу ригидности, 5) повышение тонуса мышц по типу спастичности.	1	ТК
17. Чувствительные нарушения при истерии обычно напоминают (1): 1) мононевропатический тип расстройств чувствительности, 2) сегментарно-диссоциированный тип расстройств чувствительности, 3) гемигипестезию, 4) альтернирующую гемигипестезию, 5) корковый церебральный тип расстройства чувствительности.	3	ТК
18. Для истерического припадка характерно (3): 1) хореические движения в конечностях, 2) недержание мочи, 3) разгибание головы и туловища с формированием дуги, 4) зажмуривание глаз, 5) прикус языка.	1,3,4	ТК
19. Проявления истерического невроза (2): 1) обычно нарастают в пожилом возрасте, 2) могут напоминать симптомы органического заболевания у родственников, 3) могут напоминать острое хирургическое заболевание, 4) сопровождаются характерными изменениями на электроэнцефалограмме, 5) сопровождаются характерными изменениями на электромиограмме	2,3	ТК
20. Лечение истерического невроза (4): 1) электрошоковая терапия, 2) психотерапия, 3) транквилизаторы, 4) антидепрессанты, 5) лечебная гимнастика	2,3,4,5	ТК

Вид оценочного средства: Ситуационные задачи:

Задача 1. Женщина 25 лет предъявляет жалобы на боли в сердце и сердцебиения. При беседе с пациенткой выясняется, что данные жалобы появились два месяца назад на фоне психотравмирующей ситуации в семье. Пациентку также беспокоят нарушение сна, повышенная тревожность, раздражительность, снижение концентрации внимания и повышенная утомляемость. При кардиологическом обследовании не выявлено изменений. При оценке эмоционального фона отмечаются повышенная тревожность и астения. В неврологическом статусе найдено легкое оживление сухожильных рефлексов, других неврологических	Правильно описаны синдромальный, топический и нозологический диагноз, алгоритм обследования, лечение	ТК
---	--	----

нарушений нет. 1. Как расценить жалобы пациентки на боли в сердце и сердцебиения? 2. Предполагаемое заболевание? 3. Дополнительные методы обследования? 4. Лечение?		
Задача 2. Женщина 45 лет предъявляет жалобы на боли в области сердца, головные боли, периодическое ощущение нехватки воздуха, учащенное мочеиспускание. Эти жалобы беспокоят в течение длительного времени, но в последние месяцы они усилились на фоне психотравмирующей ситуации на работе. В течение последних месяцев также отмечает пониженное настроение, повышенную утомляемость и нарушения сна. Обследования у кардиолога, пульмонолога, уролога не выявили признаков органических заболеваний. В неврологическом статусе выявляется повышение сухожильных рефлексов, других неврологических нарушений нет. Головные боли почти постоянные, средней интенсивности, в виде ощущения сжатия головы, они существенно не усиливаются при физической нагрузке, носят диффузный характер, не сопровождаются тошнотой или рвотой. 1. Как расценить жалобы пациентки? 2. Предполагаемое заболевание? 3. Дополнительные методы обследования? 4. Лечение?	Правильно описаны синдромальный, топический и нозологический диагноз, алгоритм обследования, лечение	ТК
Задача 3. Женщина 65 лет предъявляет жалобы на диффузные боли в спине и конечностях, а также головные боли. Эти жалобы беспокоят в течение двух лет, но значительно усилились три месяца после смерти мужа. При оценке эмоционального состояния отмечается снижение настроения. Движения во всех отделах позвоночника не ограничены и не сопровождаются усилением боли, при пальпации мышц спины и конечностей отмечается болезненность во многих местах. Головные боли беспокоят почти каждый день, они средней интенсивности, сжимающего характера, существенно не усиливаются при физической нагрузке, носят диффузный характер, не сопровождаются тошнотой или рвотой; при пальпации перикраниальных мышц отмечается болезненность. Сухожильные рефлексы симметрично оживлены, других неврологических нарушений нет. 1. Как расценить жалобы пациентки? 2. Предполагаемое заболевание? 3. Дополнительные методы обследования? 4. Лечение?	Правильно описаны синдромальный, топический и нозологический диагноз, алгоритм обследования, лечение	ТК
Задача 4. Мужчина 27 лет в течение последнего года беспокоят головные боли и головокружения, которые появились на фоне конфликтной ситуации на работе. Головные боли беспокоят почти каждый день, они средней интенсивности, сжимающего характера, существенно не усиливаются при физической нагрузке, носят диффузный характер, не сопровождаются тошнотой или рвотой. Головокружение возникает	Правильно описаны синдромальный, топический и нозологический диагноз, алгоритм обследования	ТК

преимущественно в метро, чаще всего во время нахождения на эскалаторе. При беседе с пациентом выясняется, что в течение последних месяцев он отмечает повышенную тревожность и утомляемость, нарушение сна. При неврологическом обследовании выявляется оживление сухожильных рефлексов, других неврологических нарушений нет. 1. Как расценить жалобы пациента? 2. Предполагаемое заболевание? 3. Дополнительные методы обследования? 4. Лечение?		
Задача 5. Мужчина 75 лет предъявляет жалобы на снижение памяти и концентрации внимания, которые возникли в течение года после смерти жены. При оценке эмоционального фона отмечается снижение фона настроения. При нейропсихологическом обследовании выявляются снижение концентрации внимания, замедленность при решении тестов, но не обнаруживается снижения памяти и других когнитивных функций, характерного для органического поражения головного мозга. При неврологическом обследовании не выявлено нарушений. 1. Как расценить жалобы пациента? 2. Предполагаемое заболевание? 3. Дополнительные методы обследования? 4. Лечение?	Правильно описаны синдромальный, топический и нозологический диагноз, алгоритм обследования, лечение	ТК
Задача 6. Женщина 30 лет предъявляет жалобы на периодически возникающие сердцебиения, боли в сердце, затруднение дыхания, ощущение приближающегося несчастья и смерти, слабости, дурноты, волн жара во всем теле. Эти состояния возникли два месяца назад после того, как мама пациентки перенесла инфаркт миокарда. Они возникают почти каждый день, преимущественно, когда пациентка находится в автобусе или в метро, продолжаются в течение двадцати минут. До этих приступов пациентка периодически отмечала неприятные ощущения в области сердца, но они проявлялись в легкой степени и не вызывали существенного дискомфорта. При тщательном обследовании у кардиолога не выявлено признаков заболевания сердечно-сосудистой системы. У пациентки отмечаются повышенная тревожность и оживление сухожильных рефлексов, других неврологических нарушений нет. 1. Как расценить периодически возникающие состояния у пациентки? 2. Предполагаемое заболевание? 3. Дополнительные методы обследования? 4. Врачебная тактика?	Правильно описаны синдромальный, топический и нозологический диагноз, алгоритм обследования, тактика лечения	ТК
Задача 7. Мужчина 27 лет предъявляет жалобы на периодически возникающие затруднения дыхания с развитием в дальнейшем головокружения, онемения в области губ и пальцев рук и иногда кратковременной потери сознания. Это состояние обычно продолжается 15–30 минут, затем его проявления ослабевают, но	Правильно описаны синдромальный и нозологический диагноз, алгоритм обследования, тактика лечения	ТК

появляются чувство внутреннего напряжения и страха нового приступа. Больным себя считает в течение трех месяцев, когда впервые появились эти приступы и стали возникать два или три раза в неделю, преимущественно в ночное время. Отец пациента длительное время страдает бронхиальной астмой, которая в последние месяцы часто сопровождается приступами удушья, что требует периодически вызова «скорой медицинской помощи». Обследование пациента у пульмонолога и кардиолога не выявило признаков заболевания дыхательной или сердечно-сосудистой систем. У пациента отмечаются повышенная тревожность и оживление сухожильных рефлексов, других неврологических нарушений нет. 1. Как расценить периодически возникающие состояния у пациента? 2. Предполагаемое заболевание? 3. Дополнительные методы обследования? 4. Лечение?		
Задача 8. Девушка 18 лет предъявляет жалобы на отсутствие движений в левых конечностях, которые возникли два дня назад после ссоры с её матерью. Со слов матери пациентки у девушки ранее часто отмечались конфликтные ситуации в школе, её поведение отличалось эгоцентризмом, желанием всегда быть в центре внимания и нередко экстравагантностью. Бабушка пациентки месяц назад перенесла инсульта с развитием слабости в левых конечностях и неполным восстановлением, что потребовало участия всех членов семьи в уходе за больным человеком и послужило основой ссор между пациенткой и её матерью. При обследовании пациентка демонстрирует полное отсутствие движений в левых конечностях, при этом не выявляется изменений мышечного тонуса и рефлексов, а также других неврологических нарушений. При наблюдении за пациенткой в неврологическом отделении было отмечено, что периодически она может стоять, держась рукой за стул или кровать, а также передвигаться по палате, опираясь на левую ногу. 1. Как расценить двигательные нарушения у пациентки? 2. Предполагаемое заболевание? 3. Дополнительные методы обследования? 4. Врачебная тактика?	Правильно описаны синдромальный и нозологический диагноз, алгоритм обследования, тактика лечения	ТК
Задача 9. Женщина 32 лет доставлена в неврологическое отделение больницы по «скорой медицинской помощи» в связи с повторяющимися судорогами в конечностях и в туловище. Со слов отца пациентки с юношеского возраста у неё периодически возникают различные нарушения (слабость в конечностях, боли в животе и другие), которые служат поводом для экстренной госпитализации, при этом после обследования в больнице не выявляется «какого-либо серьезного заболевания». У пациентки часто возникают конфликтные ситуации на работе, она отличается эгоцентризмом и «взрывным» характером. Во время нахождения в неврологическом отделении развился очередной приступ, в период которого наблюдались	Правильно описаны синдромальный, топический и нозологический диагноз, алгоритм обследования, тактика лечения	ТК

хаотические движения в конечностях с формированием различных патологических поз в кистях и стопах, извивающимися движениями в туловище, при этом голова была запрокинута назад, туловище выгнулось с формированием дуги. При попытке врача открыть глаза пациентки возникло зажмуривание, глазные яблоки были запрокинuty вверх. Приступ закончился через десять минут, не отмечено прикуса языка или непроизвольного мочеиспускания. При обследовании пациентки вне приступа не выявлено неврологических нарушений. 1. Как расценить приступ судорог у пациентки? 2. Предполагаемое заболевание? 3. Дополнительные методы обследования? 4. Лечение?		
Задача 10. Мужчина 55 лет, перенесший шесть месяцев назад инсульт со слабостью в левых конечностях и частичным восстановлением, предъявляет жалобы на головные боли и общую слабость. При беседе с пациентом выяснилось, что в последние три месяца ухудшился сон, снизилось настроение, усилились головные боли, которые ранее беспокоили не чаще одного или двух раз в месяц. Вследствие этого пациенту сложно выполнять упражнения лечебной гимнастики, рекомендованные врачом физиотерапевтом. Головные боли беспокоят почти каждый день, они средней интенсивности, сжимающего характера, носят диффузный характер, не сопровождаются тошнотой или рвотой; они существенно не усиливаются при физической нагрузке, но мешают выполнению лечебной гимнастики. При обследовании выявлены слабость нижней части мимических мышц слева, снижение силы в левых конечностях до 3-х баллов с преобладанием в дистальных отделах, повышением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, наличием симптома Бабинского. 1. Неврологические синдромы и локализация поражения? 2. Причина головных болей и общей слабости у пациента? 3. Предполагаемое заболевание? 4. Дополнительные методы обследования? 5. Лечение?	Правильно описаны синдромальный, топический и нозологический диагноз, алгоритм обследования, тактика лечения	ТК

Раздел дисциплины (тема): Рассеянный склероз.

Вид оценочного средства: Тестовые задания:

1. Дебют рассеянного склероза чаще всего в возрасте (1): 1) от 3 до 10 лет, 2) от 10 до 20 лет, 3) от 20 до 40 лет, 4) от 40 до 60 лет, 5) старше 60 лет.	3	ТК
2. Лечение спастичности при рассеянном склерозе (2): 1) витамины группы В, 2) баклофен, 3) гексамидин,	2,5	ТК

4) калимин, 5) сирдалуд.		
3. Тип расстройства чувствительности при рассеянном склерозе (1): 1) полиневропатический, 2) мононевропатический, 3) сегментарно-диссоциированный, 4) сегментарно-корешковый, 5) проводниковый.	5	ТК
4. Методы диагностики рассеянного склероза (2): 1) исследование вызванных потенциалов, 2) магнитно-резонансная томография, 3) электроэнцефалография, 4) ультразвуковая доплерография сонных и позвоночных артерий, 5) биопсия вещества головного мозга.	1,2	ТК
5. При рассеянном склерозе первично страдает (1): 1) кора головного мозга, 2) клетки передних рогов спинного мозга, 3) базальные ганглии, 4) белое вещество головного и спинного мозга, 5) клетки задних рогов спинного мозга.	4	ТК
6. Для рассеянного склероза характерно (3): 1) ретробульбарный неврит зрительного нерва, 2) спастическая кривошея, 3) мозжечковая атаксия, 4) сенсорная афазия, 5) императивные позывы на мочеиспускание.	1,3,5	ТК
7. Препараты иммуномодулирующей (превентивной) терапии при рассеянном склерозе (2): 1) бета-интерфероны, 2) альфа-интерфероны, 3) гамма-интерфероны, 4) копаксон, 5) антидепрессанты.	1,4	ТК
8. Из черепных нервов при рассеянном склерозе чаще всего страдает (1): 1) обонятельный, 2) зрительный, 3) тройничный, 4) отводящий, 5) лицевой.	2	ТК
9. В дебюте рассеянного склероза чаще наблюдается (1): 1) нарушение зрения, 2) недержание мочи, 3) эпилептический припадок, 4) моторная афазия, 5) сенсорная афазия.	1	ТК
10. Основой диагностики рассеянного склероза при исследовании cerebro-спинальной жидкости является определение (2): 1) концентрации глюкозы, 2) олигоклональных антител, 3) концентрации белка, 4) концентрации калия, 5) концентрации иммуноглобулина G.	2,5	ТК
11. Для купирования обострения рассеянного склероза применяют (1): 1) пульс-терапию метилпреднизолоном, 2) тиамин, 3) церебролизин, 4) копаксон, 5) баклофен.	1	ТК
12. Для рассеянного склероза характерны очаги поражения,	4,5	ТК

выявляемые при магнитно-резонансной томографии в (2): 1) в коре больших полушарий головного мозга, 2) в коре мозжечка, 3) в гипофизе, 4) в белом веществе вокруг желудочков головного мозга, 5) в мозолистом теле.		
13. Течение рассеянного склероза в первые годы болезни чаще всего (1): 1) первично прогрессирующее, 2) вторично прогрессирующее с обострениями, 3) вторично прогрессирующее без обострений, 4) ремитирующее (волнообразное).	4	ТК
14. Нарушение мочеиспускания в дебюте рассеянного склероза чаще всего проявляется (1): 1) парадоксальной ишурией, 2) императивными позывами на мочеиспускание, 3) задержкой мочи, 4) отсутствием ощущения прохождения мочи, 5) истинным недержанием мочи.	2	ТК
15. Для рассеянного склероза характерно (1): 1) тики, 2) интенционный тремор в руках и ногах, 3) «порхающий» тремор (астериксис), 4) спастическая кривошея, 5) писчий спазм.	2	ТК
16. В терминальной стадии больные рассеянным склерозом чаще всего погибают от (2): 1) инфаркта миокарда, 2) печёночной недостаточности, 3) пневмонии, 4) восходящей инфекции мочевых путей, 5) инсульта.	3,4	ТК
17. Типичным нарушением походки при рассеянном склерозе является (1): 1) спастико-атактическая походка, 2) степпаж, 3) «утиная» походка, 4) апраксия ходьбы.	1	ТК
18. Частоту обострений при рассеянном склерозе уменьшает применение (2): 1) пирацетама, 2) ребифа, 3) бетаферона, 4) сирдалуда, 5) копаксона.	2,3,5	ТК
19. Заболеваемость рассеянным склерозом высокая в (2): 1) Японии, 2) Белоруссии, 3) Швеции, 4) Египте, 5) Германии.	2,3,5	ТК
20. При рассеянном склерозе на глазном дне характерно (1): 1) первичная атрофия зрительного нерва, 2) деколорация височных половин дисков зрительных нервов, 3) гипертоническая ангиопатия сосудов сетчатки, 4) атеросклеротическая ангиопатия сосудов сетчатки, 5) застойные диски зрительных нервов.	2	ТК
21. Лечение императивных позывов на мочеиспускание (1): 1) баклофен, 2) диазепам, 3) детрузитол, 4) клоназепам,	3,5	ТК

5) дриптан.		
22. Рассеянный склероз относится к заболеваниям (1): 1) сосудистым, 2) инфекционным, 3) дисметаболическим, 4) аутоиммунным, 5) дегенеративным.	4	ТК
23. Первично-прогрессирующее течение рассеянного склероза (2): 1) наблюдается в юношеском возрасте, 2) часто приводит к нарастанию слабости в ногах, 3) обычно сменяется ремитирующим течением, 4) часто приводит к быстрой инвалидности больного.	2,4	ТК
24. Злокачественные формы рассеянного склероза обычно вызваны поражением (1): 1) левой височной доли, 2) левой лобной доли, 3) левой теменной доли, 4) ствола головного мозга, 5) спинного мозга.	1	ТК
25. Острый рассеянный энцефаломиелит чаще возникает при (3): 1) кори, 2) краснухе, 3) ветряной оспе, 4) пиелонефрите, 5) тромбозе вен нижних конечностей.	1-3	ТК

Вид оценочного средства: Ситуационные задачи:

Задача 1. У женщины 25 лет появилась умеренная боль за правым глазным яблоком. На следующий день она заметила снижение остроты зрения этим глазом. При офтальмоскопии на глазном дне выявлена деколорация височных половин дисков зрительных нервов. При неврологическом обследовании: оживление сухожильных рефлексов на руках и ногах, отсутствие брюшных рефлексов, симптом Бабинского справа. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 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 левым глазом. 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?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 3. Мужчина 40 лет жалуется на слабость в ногах,	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы:	ТК

нарушение походки, двоение при взгляде вправо. 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 левого глазного яблока при взгляде влево, скандированная речь, интенционный тремор при выполнении пальценосовой пробы с обеих сторон, слабость в ногах до 3-х баллов, оживление сухожильных рефлексов, симптомы Тремнера и Бабинского с обеих сторон, неустойчивость при ходьбе и в пробе Ромберга. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечение?	1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	
Задача 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 интенсивности сигнала в T2 режиме, расположенные в мозолистом теле и в спинном мозге. При исследовании зрительных и соматосенсорных вызванных потенциалов выявлено замедление скорости проведения возбуждения на уровне спинного мозга и ствола головного мозга. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Клинический диагноз? 4. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Клинический диагноз? 4. Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 5. У женщины 40 лет с 20-летнего возраста периодически возникает снижение зрения правым глазом. 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. Локализация поражения?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК

3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечение?		
Задача 6. Юноша 18 лет предъявляет жалобу на снижение зрения левым глазом. Пять дней назад возникла боль за левым глазом, движения глазного стали яблока болезненны. Два дня назад отметил снижение зрения левым глазом. При осмотре окулиста выявлена центральная скотома в левом глазу. В неврологическом статусе: отсутствие брюшных рефлексов, оживление всех сухожильных рефлексов и симптом Бабинского с обеих сторон. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 7. Женщину 24 лет беспокоит неловкость в руках, а также неуверенность при ходьбе, особенно в темноте. Эти нарушения отмечаются в течение двух недель и постепенно нарастают. Два года назад в течение месяца испытывала нарушения мочеиспускания в виде трудностей при удержании мочи. В неврологическом статусе: снижение суставно-мышечного чувства и вибрационной чувствительности в руках и ногах, промахивание при выполнении пальценосовой и пяточноколенной проб с закрытыми глазами, Неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе с закрытыми глазами. При наклоне головы вперед больная ощущает прохождение электрического тока по позвоночнику. При магнитно-резонансной томографии головы в режиме T2 обнаружены очаги повышенной интенсивности сигнала, расположенные в спинном мозге и вокруг желудочков головного мозга. При исследовании соматосенсорных вызванных потенциалов найдено замедление скорости проведения возбуждения на уровне спинного мозга. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Клинический диагноз? 4. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Клинический диагноз? 4. Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 8. Мужчина 30 лет, на протяжении пяти последних лет отмечает периодическое и непродолжительное (в течение нескольких дней или недель) снижение зрения на левый глаз, пошатывание при ходьбе, императивные позывы на мочеиспускание. Всего отмечалось пять ухудшений состояния, и все они полностью регрессировали. Осмотр окулиста выявил деколорацию височных половин дисков зрительных нервов. В неврологическом статусе не обнаружено изменений в период, когда мужчина не отмечает каких-либо жалоб. При исследовании зрительных вызванных потенциалов установлено замедление скорости проведения зрительных импульсов в головном мозге. 1. Предварительный клинический диагноз? 2. Дополнительные исследования? 3. Лечение и прогноз заболевания?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Предварительный клинический диагноз? 2. Дополнительные исследования? 3. Лечение и прогноз заболевания? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 9. Девушка 18 лет жалуется на снижение зрения правым	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы:	ТК

глазом. Неделю назад появилась боль за правым глазным яблоком, затем в течение нескольких дней в этом глазу снизилась острота зрения до сотых долей, движения глазного яблока стали болезненными. Осмотр окулиста выявил центральную скотому в правом глазу. В неврологическом статусе парезов и других неврологических нарушений не выявлено. При магнитно-резонансной томографии головы в режиме T2, выявлены множественные очаги повышенной интенсивности сигнала, расположенные в мозолистом теле и вокруг желудочков головного мозга. 1. Клинический диагноз? 2. Дополнительные исследования? 3. Лечение и прогноз заболевания?	1. Предварительный клинический диагноз? 2. Дополнительные исследования? 3. Лечение и прогноз заболевания? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	
Задача 10. Мужчина 25 лет в течение последних шести месяцев отмечает на повышенную физическую утомляемость, появление шаткости и слабости в правой ноге при длительной ходьбе. В неврологическом статусе: горизонтальный нистагм, оживление сухожильных рефлексов на всех конечностях, отсутствие брюшных рефлексов, симптом Бабинского справа, лёгкое пошатывание в пробе Ромберга. При исследовании зрительных и соматосенсорных вызванных потенциалов выявлено замедление скорости проведения возбуждения на уровне спинного мозга и ствола головного мозга. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 11. Мужчина 38 лет болен в течение последних 15 лет. На протяжении этого времени периодически отмечались следующие нарушения: снижение зрения левым глазом с последующим восстановлением, преходящая слабость в ногах, императивные позывы на мочеиспускание. В течение последнего года появилась и постепенно нарастает слабость в ногах. При обследовании: снижение мышечной силы в ногах до 3-х баллов, высокие сухожильные рефлексы, клonusы стоп, патологические стопные рефлексы, повышение мышечного тонуса в ногах по спастическому типу, снижение суставно-мышечного чувства и вибрационной чувствительности в ногах, неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе при закрывании глаз. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 12. Женщина 25 лет жалуется на шаткость походки. Болеет с 18 лет, когда отметила, что при позыве на мочеиспускание не может долго удерживать мочу. Затем эти явления прошли, но через год возникла неловкость в правой руке, которая также регрессировала. В течение последних трех месяцев стала отмечать, что походка стала шаткой – “принимают за пьяную”.	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечение? Правильно описан синдромальный,	ТК

В неврологическом статусе: горизонтальный и вертикальный нистагм, легкий интенционный тремор при пальценосовой пробе справа, выраженный интенционный тремор при пяточноколенной пробе с обеих сторон, пошатывание в позе Ромберга и при ходьбе, парезов и расстройств чувствительности нет, отсутствие брюшных рефлексов, оживление сухожильных рефлексов на всех конечностях, патологических стопных симптомов нет. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечение?	топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	
Задача 13. Мужчина 26 лет предъявляет жалобы на слабость в ногах и неловкость в руках, которые появились неделю назад и постепенно нарастают. Пять лет назад перенёс правосторонний ретробульбарный неврит с хорошим восстановлением зрения. В то время на магнитно-резонансной томографии головного мозга в режиме T2 определялись множественные очаги повышенной интенсивности сигнала, преимущественно вокруг желудочков. В неврологическом статусе: снижение силы в ногах до 3-х баллов, оживление сухожильных рефлексов, клonusы стоп, симптом Бабинского с обеих сторон, интенционный тремор при пальце-носовой пробе и дисдиадохокinez с обеих сторон. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечение?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечение? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК
Задача 14. У мальчика 10 лет на пятый день заболевания корью появились неловкость в руках и ногах, шаткость при ходьбе. При обследовании: сознание ясное менингеальных симптомов нет, горизонтальный и вертикальный нистагм, сила в конечностях достаточная, мышечный тонус и сухожильные рефлексы низкие, интенционный тремор при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной проб, дисдиадохокinez в обеих руках, неустойчивость при ходьбе и в пробе Ромберга, других неврологических нарушений нет. 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечение? 6. Прогноз заболевания?	Правильно даны ответы на поставленные в задаче вопросы: 1. Неврологические синдромы? 2. Локализация поражения? 3. Предварительный клинический диагноз? 4. Дополнительные исследования? 5. Лечение? 6. Прогноз заболевания? Правильно описан синдромальный, топический и нозологический диагноз, и указано лечение.	ТК

Вид оценочного средства: *студенческая история болезни.*

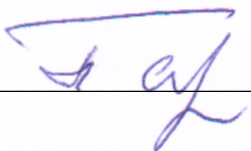
Оценочное средство	Критерии ответа (<i>раскрыта полно и самостоятельно, раскрыта полно, но не самостоятельно, не раскрыта</i>)	Уровень применения*
<i>Студенческая история болезни</i>	<i>Полно и самостоятельно собраны жалобы и анамнез, проведен неврологический осмотр, выставлен и обоснован диагноз, назначено правильное лечение.</i>	<i>ТК-РК</i>

Оценочные средства разработаны кафедрой нервных болезней ИКМ им. Н.В.Склифосовского

Приняты на заседании кафедры нервных болезней ИКМ им. Н.В.Склифосовского

«22» января 2025 г., протокол № 12

Заведующий кафедрой



В.А.Парфенов