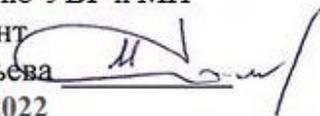


федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации



УТВЕРЖДАЮ
Проректор по УВР и МП
д.м.н., доцент
И.А. Соловьева
29" июня 2022



ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине
Неврология
для подготовки обучающихся
по специальности ординатуры 31.08.30 Генетика

Красноярск
2022

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Кафедра нервных болезней с курсом ПО

ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине
Неврология

Специальность ординатуры: 31.08.30 Генетика

Квалификация выпускника: врач-генетик

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол N 11 от
29 июня 2022 г.).

© ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.
Войно-Ясенецкого Минздрава России,
2022

Содержание

1. Критерии оценивания
2. Тесты
3. Практические навыки
4. Ситуационные задачи

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ

1. Критерии оценки для оценочного средства: Тесты

Показатель оценки результатов обучения	Уровень сформированности компетенции	Шкала оценивания
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу тестовых заданий 100% -90%	Повышенный	5 - "отлично"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу тестовых заданий 89% -80%	Базовый	4 - "хорошо"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу тестовых заданий 79% -70%	Пороговый	3 - "удовлетворительно"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу тестовых заданий - менее 70%	-/-	2 - "неудовлетворительно"

2. Критерии оценки для оценочного средства: Практические навыки

<i>Показатель оценки результатов обучения</i>	<i>Уровень сформированности компетенции</i>	<i>Шкала оценивания</i>
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу выполненных параметров 100% -90%	Повышенный	5 - "отлично"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу выполненных параметров 89% -80%	Базовый	4 - "хорошо"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу выполненных параметров 79% -70%	Пороговый	3 - "удовлетворительно"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу	-/-	2 - "неудовлетворительно"

выполненных параметров - менее 70%		
------------------------------------	--	--

3. Критерии оценки для оценочного средства: Ситуационные задачи

Показатель оценки результатов обучения	Уровень сформированности компетенции	Шкала оценивания
<p>Полно раскрыто содержание материала; материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности; продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала; точно используется терминология; показано умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, применять их в новой ситуации; продемонстрировано усвоение ранее изученных сопутствующих вопросов, сформированность и устойчивость компетенций, умений и навыков; продемонстрирована способность творчески применять знание теории к решению профессиональных задач; продемонстрировано знание современной учебной и научной литературы</p>	Повышенный	5 - "отлично"
<p>Вопросы излагаются систематизированно и последовательно; продемонстрировано умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер; продемонстрировано усвоение основной литературы; в изложении допущены небольшие пробелы, не исказившие содержание; допущены один - два недочета при освещении основного содержания, исправленные по замечанию преподавателя</p>	Базовый	4 - "хорошо"

<p>Неполно или непоследовательно раскрыто содержание материала, но показано общее понимание вопроса и продемонстрированы умения, достаточные для дальнейшего усвоения материала; усвоены основные категории по рассматриваемому вопросу; имелись затруднения или допущены ошибки в определении понятий, использовании терминологии; при неполном знании теоретического материала выявлена недостаточная сформированность компетенций, умений и навыков, ординатор не может применить теорию в новой ситуации; продемонстрировано усвоение основной литературы</p>	<p>Пороговый</p>	<p>3 - "удовлетворительно"</p>
<p>Не раскрыто основное содержание учебного материала; обнаружено незнание или непонимание большей или наиболее важной части учебного материала; допущены ошибки в определении понятий, при использовании терминологии, которые не исправлены после нескольких наводящих вопросов; не сформированы компетенции, умения и навыки</p>	<p>-/-</p>	<p>2 - "неудовлетворительно"</p>

Тесты

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	КАКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ РЕТРОБУЛЬБАРНОГО НЕВРИТА 1) Снижение остроты зрения 2) Отсутствие изменений на глазном дне 3) Центральная скотома 4) Снижение остроты зрения, отсутствие изменений на глазном дне, центральная скотома 5) гипостезия на лице	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
2.	КАК НАЗЫВАЮТСЯ РАССТРОЙСТВА ОБОНЯНИЯ 1) аносмия 2) астереогноз 3) амблиопия 4) агнозия 5) анопсия	1	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
3.	ПУТЬ ПОВЕРХНОСТНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НЕ ПРОХОДИТ ЧЕРЕЗ 1) периферический нерв 2) задний рог 3) боковой столб спинного мозга 4) задний столб спинного мозга 5) зрительный бугор	4	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
4.	К СТВОЛУ МОЗГА ОТНОСИТСЯ 1) гипоталамус 2) таламус 3) внутренняя капсула 4) варолиев мост 5) черная субстанция	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
5.	ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛИНЕВРИТИЧЕСКОГО ТИПА РАССТРОЙСТВА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ 1) расстройства чувствительности в соответствующих дерматомах 2) анестезия в дистальных отделах конечностей 3) гемигипестезия 4) «диссоциированный» тип расстройства чувствительности 5) моноанестезия	2	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
6.	ХАРАКТЕРИСТИКА ХОРЕИЧЕСКОГО ГИПЕРКИНЕЗА 1) вычурная походка с перекрестом ног	3	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9

	или периодическим их подгибанием, особенно, когда за пациентом осуществляется явное наблюдение, исчезающая, когда пациент не знает о наблюдении 2) «пьяная походка» 3) гримасничанье, «танцующая» походка; произвольные мышечные подёргивания в различных мышечных группах со смещением конечностей 4) произвольные подёргивания в различных мышечных группах со смещением конечностей с потерей сознания 5) «шаркающая» походка			
7.	К ОСНОВНЫМ ВИДАМ ГИПЕРКИНЕЗОВ НЕ ОТНОСИТСЯ 1) хореический гиперкинез 2) эпилептические припадки 3) торсионная дистония 4) атетоз 5) миоклонии	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
8.	НАРУШЕНИЕ СОДРУЖЕСТВЕННЫХ ДВИЖЕНИЙ РАЗЛИЧНЫХ МЫШЕЧНЫХ ГРУПП, В СИЛУ ЧЕГО ДВИЖЕНИЯ СТАНОВЯТСЯ НЕСОГЛАСОВАННЫМИ, НАЗЫВАЕТСЯ 1) атаксия 2) паралич 3) парез 4) асинергия 5) акинезия	4	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
9.	ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ЛОБНОЙ ДОЛИ 1) слуховые, обонятельные, вкусовые галлюцинации 2) периферический монопарез 3) амнестическая афазия 4) сенсорная афазия 5) изменения психики и поведения	5	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
10.	ПРИ ЭЭГ-ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЭПИАКТИВНОСТИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ ПРОБ 1) приём нитроглицерина 2) ортостатическая проба 3) фотостимуляция, гипервентиляция 4) раздражение электрическим током 5) физическая нагрузка	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
11.	АБСАНСЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ 1) нарушением сознания без судорог 2) тонико-клоническими судорогами без нарушений сознания 3) только тоническими судорогами 4) миоклониями	1	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7

	5) волнообразным распространением судорог с одной группы мышц на всю половину тела			
12.	ПОЯВЛЕНИЕ ПЕРЕД НАЧАЛОМ СУДОРОЖНОГО ПРИПАДКА ОЩУЩЕНИЯ РАДУЖНЫХ КОЛЕЦ ПЕРЕД ГЛАЗАМИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ЛОКАЛИЗАЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОЧАГА В 1) лобной доле 2) височной доле 3) медиальной поверхности затылочной доли 4) латеральной поверхности затылочной доли 5) теменной доле	3	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
13.	К СИМПТОМАМ ПОРАЖЕНИЯ ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНОГО НЕРВА НЕ ОТНОСИТСЯ 1) сходящееся косоглазие 2) мидриаз 3) ограничение движения глазного яблока вверх и кнутри 4) расходящееся косоглазие 5) птоз	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
14.	КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА 1) выраженные общемозговые, очаговые и менингеальные симптомы 2) расстройства чувствительности по проводниковому типу 3) постепенное начало заболевания 4) предшествующие преходящие симптомы 5) сохранение сознания	1	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
15.	КВАДРАНТНОЕ ВЫПАДЕНИЕ ПОЛЕЙ ЗРЕНИЯ НАСТУПАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ 1) зрительного нерва 2) наружных отделов хиазмы 3) внутренних отделов хиазмы 4) язычной извилины 5) зрительного бугра	4	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
16.	АЛЬТЕРНИРУЮЩИМ ПАРАЛИЧОМ НАЗЫВАЕТСЯ 1) поражение двигательного пути на уровне внутренней капсулы 2) поражение двигательного пути на уровне большого затылочного отверстия 3) поражение двигательных структур спинного мозга (передние рога, боковые столбы) 4) поражение на уровне ствола головного мозга (двигательные ядра ЧМН и пирамидный путь)	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5

	5) поражение на уровне передних корешков спинного мозга			
17.	<p>ДИАГНОЗ ПРЕХОДЯЩЕГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ УСТАНОВЛИВАЮТ, ЕСЛИ ОЧАГОВАЯ СИМПТОМАТИКА ПОДВЕРГАЕТСЯ ПОЛНОМУ РЕГРЕССУ НЕ ПОЗДНЕЕ</p> <p>1) 1 суток 2) 1 недели 3) 2 недель 4) 3 недель 5) 1 месяца</p>	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-6, ПК-7
18.	<p>ПЕРЕДНЯЯ МОЗГОВАЯ АРТЕРИЯ НЕ КРОВОСНАБЖАЕТ</p> <p>1) лобную долю 2) теменную долю 3) парацентральную дольку 4) внутреннюю капсулу 5) затылочную долю</p>	5	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-5, ПК-9
19.	<p>ПРИЗНАК ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ</p> <p>1) атаксия 2) менингеальные симптомы 3) гемипарез 4) изоэлектрическая ЭЭГ 5) клеточно-белковая диссоциация в спинномозговой жидкости</p>	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-1, ПК-5
20.	<p>ОТВИСАННИЕ СТОПЫ, ПОХОДКА ТИПА «СТЕПШАЖ», НЕВОЗМОЖНОСТЬ ХОДИТЬ НА ПЯТКАХ, ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПО НАРУЖНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛЕНИ И ТЫЛА СТОПЫ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ НЕРВА</p> <p>1) бедренного 2) малоберцового 3) большеберцового 4) наружного кожного бедренного 5) запирательного</p>	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-6, ПК-7
21.	<p>К МЕНИНГЕАЛЬНЫМ СИМПТОМАМ ОТНОСЯТСЯ</p> <p>1) нарушение чувствительности 2) атаксия 3) ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского (верхнего, среднего, нижнего) 4) параличи конечностей 5) эпилептические припадки</p>	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-5, ПК-9
22.	<p>БОЛЕВЫЕ ПРИСТУПЫ ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ПРОДОЛЖАЮТСЯ</p> <p>1) секунды</p>	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-1, ПК-5

	<ul style="list-style-type: none"> 2) минуты 3) часы 4) дни 5) недели 			
23.	<p>ИЗМЕНЕНИЯ ЛИКВОРА ПРИ ГНОЙНОМ МЕНИНГИТЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) наличие свежих эритроцитов 2) клеточно-белковая диссоциация (лимфоцитарный плеоцитоз) 3) наличие выщелоченных эритроцитов 4) клеточно-белковая диссоциация (нейтрофильный плеоцитоз) 5) белково-клеточная диссоциация 	4	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-6, ПК-7
24.	<p>МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) анальгетики, дегидратирующие спазмолитики 2) диуретики, кортикостероиды, физиотерапия 3) финлепсин, мидокалм, хирургическое лечение 4) антибиотики, анальгетики, парафиновые аппликации 5) кофеин, анальгетики, сосудорасширяющие препараты 	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-5, ПК-9
25.	<p>ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ПРИ ПАРКИНСОНИЗМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гипокинезия 2) ригидность 3) тремор покоя 4) постурально-кинетический тремор 5) постуральная неустойчивость 	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-1, ПК-5
26.	<p>ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) хореоформные гиперкинезы 2) изменение личности 3) нарушение памяти 4) конфабуляции 5) гипокинезия 	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-6, ПК-7
27.	<p>К ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКАМ ОСТРОГО КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) развития заболевания в осенне-зимний период 2) менингоэнцефалитический синдром 3) повышение внутричерепного давления 4) вялые парезы и параличи мышц плечевого пояса 5) лихорадка в начале заболевания 	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-5, ПК-9
28.	<p>НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ОСЛОЖНЯЮЩИМ ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) энцефалопатия 2) миелопатия 3) полинейропатия 4) судорожный синдром 	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-1, ПК-5

	5) эпилептические припадки			
29.	<p>ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА</p> <p>1) резкая стреляющая боль 2) паралич мимических мышц 3) амавроз 4) снижение слуха 5) аналгезия половины лица</p>	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-6, ПК-7
30.	<p>СПИНАЛЬНЫЕ АМИОТРОФИИ ВЫЗВАНЫ</p> <p>1) многоочаговым поражением спинного мозга 2) повреждением пирамидных путей 3) генетически обусловленным спинальным переднероговым поражением 4) поражением периферических нервов 5) поражением передних корешков спинного мозга</p>	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-5, ПК-9
31.	<p>ПРИ МИОДИСТРОФИИ ДЮШЕНА ВСТРЕЧАЮТСЯ ГИПЕРТРОФИИ</p> <p>1) в мышцах предплечий 2) в мышцах плечевого пояса 3) ограничиваются тазовым поясом 4) ограничиваются икроножными мышцами 5) в мышцах бёдер</p>	4	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-1, ПК-5
32.	<p>ПРИ МИОПАТИИ ВОЗНИКАЕТ ГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ</p> <p>1) мышечного волокна 2) нервного волокна 3) передних рогов спинного мозга 4) двигательных ядер ЧМН 5) задних рогов спинного мозга</p>	1	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-6, ПК-7
33.	<p>СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ САХАРА В СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ (ДО 0,1 Г/Л) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ МЕНИНГИТА</p> <p>1) гриппозного 2) пневмококкового 3) паротитного 4) туберкулёзного 5) сифилитического</p>	4	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-5, ПК-9
34.	<p>ДЛЯ БОЛЕЗНИ МАРБУРГА ХАРАКТЕРНО</p> <p>1) поражает лиц пожилого возраста 2) хроническое течение 3) поражает лиц молодого возраста 4) наличие ремиссий 5) все перечисленное</p>	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-1, ПК-5
35.	<p>К СИМПТОМАМ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА ОТНОСИТСЯ</p> <p>1) спастический тонус 2) гипертония мышц 4) патологические рефлексы</p>	5	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-6, ПК-7

	5) биоэлектрическое молчание на ЭМГ			
36.	ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ПАРЕЗ ЛЕВОЙ РУКИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА 1) в среднем отделе передней центральной извилины справа 2) в верхних отделах передней центральной извилины слева 3) в нижних отделах передней центральной извилины справа 4) в заднем бедре внутренней капсулы 5) в колене внутренней капсулы	1	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
37.	ДЛЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ПАРАЛИЧА ХАРАКТЕРНО 1) клonusы 2) высокий мышечный тонус, высокие рефлексy 3) поза Вернике-Манна 4) атрофии мышц, низкие рефлексy, низкий тонус 5) синкинезии, защитные рефлексy	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
38.	ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА НА УРОВНЕ ШЕЙНОГО УТОЛЩЕНИЯ 1) центральный тетрапарез 2) вялый тетрапарез 3) вялый парез рук и центральный ног 4) нижний вялый парапарез 5) нижний центральный парапарез	3	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
39.	ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ БРОУН-СЕКАРОВСКОГО СИНДРОМА 1) спастический тетрапарез и проводниковую тетраанестезию 2) центральный гемипарез, болевая, температурная и частично тактильная гемианестезия на противоположной стороне; расстройство глубоких видов чувствительности на стороне пареза 3) вялый парез рук и центральный ног 4) вялый парез ног и расстройство тазовых функций по периферическому типу 5) вялый тетрапарез, расстройство чувствительности по полиневритическому типу	2	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
40.	КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МИАСТЕНИИ 1) выраженный болевой синдром 2) скованность в мышцах 3) нарушение координации 4) общая слабость в мышцах конечностей, возникающая после физической нагрузки 5) нарушение чувствительности	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
41.	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МИАСТЕНИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ 1) биопсия мышц	3	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7

	<p>2) ЭКГ 3) прозериновый тест 4) КТ головного мозга 5) МРТ головного мозга</p>			
42.	<p>БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ СИНДРОМАМИ</p> <p>1) хореоатетоидным 2) акинетико-ригидным 3) вестибуломозжечковым 4) пирамидным 5) гиперкинетическим</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
43.	<p>ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА НАЗНАЧАЮТ L-ДОФА, А НЕ САМ ДОФАМИН</p> <p>1) L-дофа реже вызывает тошноту и рвоту 2) L-дофа лучше всасывается, чем дофамин 3) дофамин не проникает через гематоэнцефалический барьер 4) L-дофа действует на дофаминовые рецепторы сильнее, чем дофамин 5) все перечисленное</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
44.	<p>ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ФОКАЛЬНЫХ МЫШЕЧНЫХ ДИСТОНИЙ</p> <p>1) миорелаксанты 2) холиномиметики 3) ноотропы 4) гормоны 5) антиконвульсанты, ботулинический токсин типа А</p>	5	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
45.	<p>ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ В ГЛУБИННЫХ ОТДЕЛАХ ПОЛУШАРИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОЧАГОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА НАБЛЮДАЮТСЯ В ВИДЕ</p> <p>1) высокоамплитудных колебаний, распространяющихся на несколько областей коры противоположного очагу полушария 2) низкоамплитудных колебаний, локализующихся в одной из областей коры гомолатерального очагу полушария 3) высокоамплитудных колебаний, распространяющихся по нескольким областям коры гомолатерального очагу полушария 4) высокоамплитудных колебаний, распространяющихся по нескольким областям коры как больного, так и здорового полушария 5) низкоамплитудных колебаний, распространяющихся по нескольким областям</p>	5	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9

	коры гомолатерального очагу полушария			
46.	<p>ПРИ ПОЯВЛЕНИИ У БОЛЬНОГО С ГИПЕРТЕНЗИОННЫМИ СИМПТОМАМИ АТАКСИИ, АТОНИИ, АСИНЕРГИИ, АДИАДОХОКИНЕЗА И ДИСМЕТРИИ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ОПУХОЛЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) лобной доли 2) височной доли 3) полушарий мозга 4) затылочной доли 5) мозжечка 	5	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-1, ПК-5
47.	<p>К ПОСЛЕДСТВИЯМ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ОТНОСИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) синдром Броуна-Секара 2) порэнцефалия 3) пролактинома 4) дермоид 5) краниосиностоз 	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-6, ПК-7
48.	<p>ДЛЯ ОПУХОЛИ ПРЕМОТОРНОЙ ОБЛАСТИ ЛОБНОЙ ДОЛИ ХАРАКТЕРНЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гемипарез с преобладанием в ноге 2) моторная афазия 3) адверсивные эпилептические припадки 4) атрофия зрительного нерва на стороне опухоли 5) все перечисленное 	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-5, ПК-9
49.	<p>ДЛЯ МИГРЕНОЗНОГО СТАТУСА НЕ ХАРАКТЕРНЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) серия тяжелых, следующих друг за другом приступов 2) повторная многократная рвота 3) тоникоклонические судороги 4) повышение внутричерепного давления 5) признаки раздражения оболочек мозга 	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-1, ПК-5
50.	<p>ВИД ТРЕМОРА ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ МОЗЖЕЧКА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) тремор покоя 2) миоклонии 3) интенционный тремор 4) скандированная речь 5) все перечисленное 	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-6, ПК-7

Практические навыки

№	Оценочные средства	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	Уметь диагностировать основные неврологические заболевания	ТК, ГИА	ПК-1
2.	Уметь оценить и знать практическую значимость анализа ликвора	ТК, ГИА	ПК-1
3.	Владеть навыком сбора жалоб, анамнеза, выявления факторов риска основных неврологических заболеваний	ТК, ГИА	ПК-1
4.	Владеть навыком постановки топического диагноза	ТК, ГИА	ПК-1
5.	Уметь диагностировать основные неврологические заболевания, формулировать неврологический диагноз	ТК, ГИА	ПК-1
6.	Уметь диагностировать основные неврологические заболевания, формулировать неврологический диагноз	ТК, ГИА	ПК-5
7.	Владеть навыком оценки неврологического статуса	ТК, ГИА	ПК-5
8.	Владеть навыком постановки топического диагноза	ТК, ГИА	ПК-5
9.	Уметь вести амбулаторную карту, историю болезни; заполнять карту МСЭ, больничный лист, рецептуру; назначать методы дополнительного исследования в соответствии с диагностической ситуацией пациента	ТК, ГИА	ПК-6
10.	Уметь анализировать данные дополнительных методов обследования	ТК, ГИА	ПК-6
11.	Владеть навыком сбора жалоб, анамнеза, оценки неврологического статуса, оценки дополнительных методов обследования, выбора методов лечения и реабилитации	ТК, ГИА	ПК-6, ПК-9
12.	Уметь подтверждать и исключать наследственную и врожденную патологию - оценивать результаты лабораторных и инструментальных методов, в т.ч. специальных молекулярно-генетических	ТК, ГИА	ПК-7
13.	Владеть методикой проведения генетического анализа Владеть методикой расчета генетического риска Владеть навыками сбора и графического изображения родословной семьи Владеть навыками проведения анализа родословной семьи, с целью определения типа наследования заболевания Владеть навыками проведения объективного клинического обследования пробанда, родителей и других родственников	ТК, ГИА	ПК-7
14.	Владеть методикой синдромологического подхода к диагностике наследственных	ТК, ГИА	ПК-9

	болезней		
15.	Уметь внедрять современные методы диагностики и профилактики наследственных болезней	ТК, ГИА	ПК-9
16.	Уметь оценить результаты лабораторных методов диагностики	ТК, ГИА	ПК-9
17.	Владеть методикой проведения генетического анализа	ТК, ГИА	ПК-9
18.	Владеть навыками формулировки показаний для направления пациентов на цитогенетическое, молекулярно-генетическое и биохимическое исследование	ТК, ГИА	ПК-9

Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
001	<p>Больной И., 25 лет. После переохлаждения перекосило лицо, появились боли в левой заушной области. Раньше ничем не болел. В неврологическом статусе: сглажены складки на лбу слева, лагофтальм, симптом Белла, отсутствуют движения мышц левой половины лица (лба, брови, щеки), опущен левый угол рта, при оскале левый угол рта неподвижен, слезотечение из левого глаза.</p> <p>1) Выделить клинические синдромы 2) Поставить топический диагноз 3) Поставить клинический диагноз 4) Назначить дополнительные методы обследования 5) Назначить лечение</p>	<p>Ответ 1: Периферический парез мимических мышц левой половины лица. Ответ 2: Поражен левый лицевой нерв. Ответ 3: Острая невропатия лицевого нерва слева. Ответ 4: ЭНМГ лицевого нерва. Ответ 5: Кортикостероиды: дексаметазон в/в с 24мг с постепенным снижением; дегидратационная терапия – верошпирон 25 мг 2 раза в день, магния сульфат 25%10 мл в/в; сосудистая терапия – пентоксифилин, кавинтон; - ЛФК, массаж, ИРТ; физиотерапия: соллюкс, УВЧ.</p>	ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
002	<p>: Больная 48 лет находилась на лечении в стационаре по поводу алкогольной полинейропатии нижних конечностей, куда была госпитализирована из-за невозможности самостоятельно передвигаться, вследствие развившегося пареза в ногах (преимущественно в дистальных отделах). После перевода больной на амбулаторный этап лечения у пациентки сохраняется парез в стопах до 3 баллов, гипестезия до нижней трети голеней, ахилловы рефлексы не вызываются, коленные рефлексы значительно снижены.</p> <p>1) Предложите наиболее эффективное медикаментозное лечение 2) Какие методы не медикаментозной терапии можно использовать для лечения? 3) Консультации, каких</p>	<p>Ответ 1: Бенфотиамин (жирорастворимое производное тиамина) или комбинированный препарат витаминов группы В (мильгамма), препараты, улучшающие нервно-мышечную проводимость (прозерин, калимин, нейромидин) Ответ 2: ФТЛ, лечебная физкультура Ответ 3: Консультация гастроэнтеролога, кардиолога, нарколога. Ответ 4: Отказ от алкоголя. Ответ 5: а) Полное восстановление функций, б) частичная утрата функций с сохранением пареза в ногах</p>	ТК ГИА	ПК-6, ПК-7

	<p>специалистов могут вам понадобится?</p> <p>4) Предложите план профилактических мероприятий</p> <p>5) Возможные исходы заболевания?</p>			
003	<p>Больной 17 лет. Жалобы на боли по подошвенной поверхности стопы и пальцев, которые возникают во время ходьбы, но бывают и в ночное время. Боль иррадирует от стопы вдоль седалищного нерва до ягодичной области. Стопа разогнута, подошвенное сгибание ее невозможно. Пальцы стопы подогнуты – «когистая» стопа. Гипестезия на задней поверхности голени и подошве стопы. Ахиллов рефлекс снижен. Перкуссия в области тарзального канала болезненна.</p> <p>1) Выделить клинические синдромы</p> <p>2) Поставить топический диагноз</p> <p>3) Поставить клинический диагноз</p> <p>4) Назначить дополнительные методы обследования</p> <p>5) Назначить лечение</p>	<p>Ответ 1: Периферический парез сгибателей стопы и пальцев, невритический тип расстройства чувствительности в зоне иннервации большеберцового нерва, невропатическая боль по ходу седалищного нерва.</p> <p>Ответ 2: Поражен большеберцовый нерв.</p> <p>Ответ 3: Невропатия большеберцового нерва туннельного характера.</p> <p>Ответ 4: ЭНМГ большеберцового нерва.</p> <p>Ответ 5: Инъекции гидрокортизона или дипроспана в канал и ткани, окружающие нерв; радикальным методом лечения является оперативное вмешательство.</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
004	<p>У больного слабость во всех конечностях, затруднена ходьба и самообслуживание. При осмотре выявляется ограничение активных движений в верхних и нижних конечностях, повышение в них мышечного тонуса и сухожильных рефлексов. Патологические рефлексы Россолимо на кистях, а Бабинского и Оппенгейма на стопах. Функция черепно-мозговых нервов не нарушена.</p> <p>1) Как называется клинический синдром</p> <p>2) Где расположен патологический очаг</p> <p>3) Какая должна быть картина сухожильных рефлексов</p> <p>4) На каком уровне находится шейное утолщение</p>	<p>Ответ 1: Спастический тетрапарез</p> <p>Ответ 2: Патологический очаг в спинном мозге на уровне верхних шейных сегментов (C1-C4): поражены в боковых столбах латеральные пирамидные пути с обеих сторон</p> <p>Ответ 3: Сухожильные рефлексы должны быть повышены во всех конечностях</p> <p>Ответ 4: СШ-T1</p> <p>Ответ 5: Якобсона-Ласка, Жуковского, Бехтерева, Гордона, Шеффера, орального автоматизма</p>	ТК ГИА	ПК-1, ПК-5

	5) Какие еще патологические рефлексы вы знаете?			
005	<p>Больной В., 37 лет, жалуется на стреляющие боли по задней поверхности правой ноги до пятки и V пальца, которые появились после подъема тяжести. Вначале боль была тупой, ноющей, но постепенно выросла до максимальной интенсивности. Боль усиливается при движении, натуживании, длительном пребывании в одной позе, кашле, чихании и ослабевает в покое, если больной лежит на здоровом боку, согнув больную ногу в коленном и тазобедренном суставе. Объективно: спина фиксирована в слегка согнутом положении. Выявляется сколиоз в здоровую сторону, усиливающийся при наклоне вперед. Наклон резко ограничен и осуществляется лишь за счет тазобедренного сустава. Определяется напряжение паравертебральных мышц, болевая гипестезия по наружной поверхности стопы и подошвы. Ахиллов рефлекс отсутствует. Слабость при подошвенном сгибании большого пальца. Положительный симптом Ласега под углом 30-40°.</p> <p>1) Выделить клинические синдромы.</p> <p>2) Поставить топический диагноз.</p> <p>3) Поставить клинический диагноз.</p> <p>4) Назначить дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.</p> <p>5) Назначить лечение и определить методы вторичной профилактики.</p>	<p>Ответ 1: Корешковый синдром</p> <p>Ответ 2: Поражен корешок S1</p> <p>Ответ 3: Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника с компрессионным корешковым синдромом S1, латеральная грыжа диска L5-S1.</p> <p>Ответ 4: МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника</p> <p>Ответ 5: Лечение: постельный режим несколько дней, анальгетики, новокаиновые блокады и НПВП: кетонал – 100мг в/м 1-2 раза в день или диклофенак 3,0 в/м 1 раз в день (инъекции несколько дней, затем в таблетках); мидокалм 150 мг 3 раза в день, сосудистая терапия трентал 100-300мг в/в или рег ос 400мг 3 раза в день, физиолечение – диадинамические токи. Для профилактики обострений остеохондроза: избегать провоцирующих факторов (подъем тяжестей, ношение тяжелой сумки в одной руке, переохлаждений) регулярно заниматься ЛФК</p>	ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
006	У ребёнка отмечаются быстрые, неожиданные, размашистые движения, совершаемые без напряжения и лишённые	<p>Ответ 1: Хореический гиперкинез</p> <p>Ответ 2: Поражена стриарная система</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-9

	<p>стереотипности. В них принимают участие мышцы лица и конечностей. Мышечный тонус снижен.</p> <p>1) Как называется гиперкинез?</p> <p>2) Какие структуры повреждены.</p> <p>3) Как называется данный синдром.</p> <p>4) Какова частая причина поздней диагностики данного гиперкинеза.</p> <p>5) С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.</p>	<p>Ответ 3: Гипотонически-гиперкинетический</p> <p>Ответ 4: Позднее обращение родителей, так как предполагают, что ребенок гримасничает.</p> <p>Ответ 5: С другими гиперкинезами</p>		
007	<p>У больного в неврологическом статусе определяется справа тоз верхнего века, мидриаз, расходящееся косоглазие, отсутствие движений глазного яблока вверх, вниз, кнутри</p> <p>1) Где очаг поражения?</p> <p>2) Какие мышцы данный нерв иннервирует?</p> <p>3) Как расположены клетки в ядре сверху вниз?</p> <p>4) Какая мышца иннервируется волокнами нерва противоположной стороны?</p> <p>5) Какое ядро обеспечивает аккомодацию?</p>	<p>Ответ 1: Глазодвигательный нерв</p> <p>Ответ 2: Мышцу поднимающую верхнее веко, верхнюю прямую, внутреннюю прямую, нижнюю прямую, нижнюю косую</p> <p>Ответ 3: Для нижней прямой, нижней косой, медиальной прямой, верхней прямой, к мышце, поднимающей верхнее веко</p> <p>Ответ 4: Медиальная прямая</p> <p>Ответ 5: Ядро Перлиа</p>	ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
008	<p>Больной не узнает предметы при ощупывании правой рукой с закрытыми глазами, в то же время описывает их отдельные свойства, так как чувствительность в правой руке не нарушена</p> <p>1) Назовите симптом.</p> <p>2) Где локализуется патологический очаг?</p> <p>3) Что такое стереогноз?</p> <p>4) К каким видам чувствительности он относится?</p> <p>5) Какие еще сложные виды чувствительности вы знаете?</p>	<p>Ответ 1: Астереогноз</p> <p>Ответ 2: Развивается при поражении верхней теменной доли полушарий головного мозга (в данном случае слева)</p> <p>Ответ 3: Способность узнавать предметы на ощупь</p> <p>Ответ 4: К сложным видам чувствительности</p> <p>Ответ 5: Дискриминационное чувство, двухмерно-пространственное</p>	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
009	<p>За несколько секунд до начала генерализованного судорожного припадка у больного возникает ощущение радужных колец перед глазами, предметы теряют свои очертания и цвет</p>	<p>Ответ 1: Фотопсии</p> <p>Ответ 2: Очаг на медиальной поверхности затылочной доли полушария головного мозга</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-9

	<p>1) Как называются эти нарушения?</p> <p>2) Где локализуется патологический очаг?</p> <p>3) Какого характера данные галлюцинации?</p> <p>4) Какие зрительные поля заинтересованы?</p> <p>5) Какова тактика диагностики и лечения?</p>	<p>Ответ 3: Простые</p> <p>Ответ 4: Вторичные поля 18,19</p> <p>Ответ 5: Провести ЭЭГ, назначить противосудорожную терапию</p>		
010	<p>Больной Е., 52 лет, доставлен в приемное отделение машиной скорой помощи. 20 минут назад внезапно потерял сознание, упал на улице. Наблюдалась многократная рвота, судорожные подергивания в правых конечностях. При осмотре: больной повышенного питания, лицо гиперемировано. Сознание утрачено. Пульс ритмичный 64 удара в мин. Акцент второго тона на аорте, АД – 200/120 мм рт.ст. Дыхание шумное, ритмичное 32 в мин. Зрачки расширены, левый больше правого, на свет не реагируют. Глаза повернуты влево. «Парусит» правая щека. На болевое раздражение не реагирует. Сух. рефлексы на руках низкие, коленные не вызваны, ахилловы средней живости. С-м Бабинского с обеих сторон, ярче справа. Ригидность мышц затылка 3 поперечных пальца, с-м Кернига слева 90 градусов</p> <p>1) Выделить ведущие синдромы</p> <p>2) Поставить топический диагноз</p> <p>3) Установить предположительный диагноз</p> <p>4) Определить бассейн нарушенного кровоснабжения</p> <p>5) По какому типу произошло ОНМК?</p>	<p>Ответ 1: общемозговой синдром (уровень нарушения сознания – кома II (по Коновалову), корковый парез взора; менингеальный синдром; с-м раздражения прецентральной извилины слева, проявляющийся в виде Джексоновских судорожных приступов</p> <p>Ответ 2: Область лучистого венца слева</p> <p>Ответ 3: Острое нарушение мозгового кровообращения</p> <p>Ответ 4: Бассейн левой средней мозговой артерии</p> <p>Ответ 5: По геморрагическому типу</p>	ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
011	<p>У мальчика 5 лет родители обратили внимание на «переваливающуюся» «утиную» походку, затруднение при вставании из положения сидя без помощи рук, некоторую</p>	<p>Ответ 1: Синдром слабости и гипотрофии проксимальных групп мышц нижних конечностей и псевдогипертрофии</p>	ТК ГИА	ПК-6, ПК-7

	<p>задержку умственного развития. При осмотре определяется слабость мышц проксимальных отделов ног и тазового пояса, выражен гиперлордоз, гипотрофия и гипотония мышц бедер, снижение коленных рефлексов, псевдогипертрофия икроножных мышц.</p> <p>1) Выделить клинические синдромы.</p> <p>2) Признаки какого заболевания имеются у больного?</p> <p>3) Что поражено?</p> <p>4) Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?</p> <p>5) Назначить лечение.</p>	<p>икроножных мышц</p> <p>Ответ 2: Подозрение на миопатию Дюшенна</p> <p>Ответ 3: Поражены мышцы нижних конечностей</p> <p>Ответ 4: Для уточнения диагноза необходимо ЭНМГ-исследование ослабленных мышц, биопсия и гистологическое их исследование, составление родословной, КФК крови, цитогенетическое исследование</p> <p>Ответ 5: Лечение симптоматическое: витамины группы В, А, Е; оротат калия, АТФ, рибоксин; сосудистая терапия (трентал); массаж, ЛФК, физиотерапия</p>		
012	<p>Больная Н., 16 лет на уроке в школе потеряла сознание. Отмечались генерализованные судороги тонико-клонического характера. Перед приступом ощутила запах жженой резины. С 10-летнего возраста 1-2 раза в год возникали состояния «замирания», приступы «неожиданного падения», которые девочка амнезировала. В течение последнего года появилась раздражительность, снохождение, сноговорение. Эпилептические приступы отмечались у тети по материнской линии. Объективно: общемозговой и очаговой симптоматики нет. На ЭЭГ – комплексы «острая-медленная волна», усиление пароксизмальной активности после гипервентиляции.</p> <p>1) Выделить клинические синдромы.</p> <p>2) Поставить топический диагноз.</p> <p>3) Дать оценку изменениям на</p>	<p>Ответ 1: Синдром первично-генерализованных эпилептических припадков: тоникоклонических и абсансов.</p> <p>Ответ 2: В патологический процесс изначально вовлечены оба полушария.</p> <p>Ответ 3: На ЭЭГ выявлена эпилептическая активность – комплексы «острая-медленная волна» в виде генерализованных синхронных, симметричных разрядов, что свидетельствует о вовлечении в процесс обоих полушарий. Ответ 4: Идиопатическая эпилепсия с первично-генерализованными полиморфными эпилепсиями (тонико-клоническими и абсансами) редкими по</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-9

	<p>ЭЭГ.</p> <p>4) Поставить клинический диагноз.</p> <p>5) Назначить лечение.</p>	<p>частоте.</p> <p>Ответ 5: Противосудорожная терапия: препарат выбора – депакин в средней дозировке 20-30 мг/кг (под контролем АСТ, АЛТ, билирубина, тромбоцитов), постоянно и длительно</p>		
013	<p>У больного дисфагия, дисфония, дизартрия, ограничение движений языка при отсутствии атрофии мышц языка. Глоточный рефлекс усилен. Вызываются рефлекс орального автоматизма и насильственный плач.</p> <p>1) Назовите клинический синдром</p> <p>2) Где локализация очага поражения</p> <p>3) Какой еще синдром проявляется дисфагией, дисфонией, дизартрией</p> <p>4) Назовите рефлекс орального автоматизма</p> <p>5) Какие заболевания могли привести к нарушению, описанному в данной задаче</p>	<p>Ответ 1: Псевдобульбарный центральный паралич мышц языка, гортани и глотки</p> <p>Ответ 2: Поражены корково-ядерные пирамидные пути для IX-X-XII ЧМН в полушариях головного мозга с двух сторон</p> <p>Ответ 3: Псевдобульбарный синдром</p> <p>Ответ 4: сосательный, дистанс-оральный, хоботковый, ладонно-подбородочный рефлекс (Маринеско — Радовичи)</p> <p>Ответ 5: ОНМК, ЧМТ, опухоль</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5</p>
014	<p>У больного изменилась походка, стала напоминать ходьбу пьяного, ходит и стоит с широко расставленными ногами, особенно затруднены повороты. Появилась скандированная речь, горизонтальный нистагм, снижение мышечного тонуса во всех конечностях, интенционное дрожание при пальценосовой и пяточколенной пробах.</p> <p>1) Как называется клинический синдром?</p> <p>2) Где расположен патологический очаг?</p> <p>3) Назовите виды атаксий</p> <p>4) Назовите формы мозжечковой атаксии</p> <p>5) Какая форма мозжечковой атаксии присутствует у данного пациента?</p>	<p>Ответ 1: Мозжечковая атаксия.</p> <p>Ответ 2: Поражены оба полушария мозжечка.</p> <p>Ответ 3: Мозжечковая, сенситивная, вестибулярная, корковая (лобная), функциональная</p> <p>Ответ 4: Статико-локомоторная, Динамическая атаксии</p> <p>Ответ 5: Динамическая атаксия</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>ПК-6, ПК-7</p>

015	<p>Больная 67 лет. Жалобы на резкое снижение памяти, более выражено на текущие события, часто теряется в знакомых местах, затруднение при чтении и письме. Анамнез не отягощен. В неврологическом статусе: Легкая асимметрия НГС, намечены рефлексы орального автоматизма, мышечная сила – 5 баллов, мышечный тонус не изменен, чувствительных, координаторных нарушений нет, легкое оживление сух. рефлексов с обеих сторон, намечен р. Бабинского с обеих сторон. На МРТ – атрофия височных долей головного мозга.</p> <p>1) Выделить клинический синдром</p> <p>2) Предположите нозологический диагноз</p> <p>3) Лечение</p> <p>4) Назовите рефлексы орального автоматизма</p> <p>5) Какие шкалы чаще всего используют для выявления когнитивных нарушений?</p>	<p>Ответ 1: Синдром когнитивных нарушений тяжелой степени (деменции)</p> <p>Ответ 2: Болезнь Альцгеймера</p> <p>Ответ 3: Центральные ингибиторы ацетилхолинэстеразы, антагонисты NMDA-рецепторов.</p> <p>Ответ 4: Хоботковый рефлекс Вюрпа, Ладонно-подбородочный рефлекс МаринескуРадовичи, Нижнечелюстной рефлекс Бехтерева, Назолабиальный рефлекс Аствацатурова, Дистанс-оральный Карчикяна</p> <p>Ответ 5: МОСА, MMSE, FAV, ТРЧ</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
016	<p>: Больная А., 76 лет жалуется на скованность в конечностях, больше в левых, которая затрудняет самообслуживание, иногда дрожание в них, как правило, в покое, замедленность движений, нарушение ходьбы со снижением длины и высоты шага (при ходьбе тянет вперед), частые падения. Считает себя больной в течение 7 лет, когда впервые стала замечать скованность в левых конечностях, снижение длины шага. Отмечает медленное прогрессирование симптоматики с вовлечением в процесс и правых конечностей около полугода назад. В неврологическом статусе: зрачки D=S, слабость конвергенции. Легкая асимметрия правой носогубной складки. Язык по средней линии. Глотание и</p>	<p>Ответ 1: Акинетико-ригидный синдром, синдром паркинсонизма.</p> <p>Ответ 2: Экстрапирамидная система, черная субстанция, нигростриарные нейроны.</p> <p>Ответ 3: Болезнь Паркинсона, акинетико-ригидная форма, умеренно прогрессивное течение.</p> <p>Ответ 4: Диагностика осуществляется по клинической картине заболевания.</p> <p>Ответ 5: С учетом возраста (старше 70 лет) целесообразно начать терапию с препаратов леводопы: мадопар 300-600 мг/сут.</p>	ТК ГИА	ПК-1, ПК-5

	<p>фонация в норме глоточные рефлексы высокие. Вызываются рефлексы орального автоматизма. Гипомимия. Гипокинезия. Сухожильные рефлексы S=D. Патологических рефлексов нет. Мышечный тонус повышен по экстрапирамидному типу, больше справа. На момент осмотра тремора нет. Пальценосовую и коленопяточную пробы выполняет удовлетворительно. Выражена постуральная неустойчивость (про- и ретропульсия). Походка мелкими шаркающими шагами, корпус наклонен вперед. МРТ ГМ – без патологии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Выделить клинические синдромы 2) Поставить топический диагноз 3) Поставить клинический диагноз 4) Назначить необходимые методы обследования 5) Назначить лечение, указать препараты каких групп рационально использовать в терапии данного заболевания? 			
017	<p>Больную беспокоит снижение слуха, сопровождающееся шумом, головокружением. При осмотре - снижение роговичного рефлекса, боли, парестезии в лице, расстройство вкуса на передних 2/3 языка, легкое вовлечение лицевого нерва и отводящего. Позже появились мозжечковые, стволовые (нистагм) симптомы. При рентгенологическом обследовании определяется расширение внутреннего слухового прохода пирамиды височной кости.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Поставить клинический диагноз 2) Тактика лечения 3) Укажите локализацию процесса. 	<p>Ответ 1: Опухоль мосто-мозжечкового угла. Ответ 2: Консультация нейрохирурга, оперативное вмешательство. Ответ 3: О локализации процесса говорит сочетание признаков: звон в ухе и снижение слуха на левое ухо говорят о патологии VIII пары; нистагм, атактическая походка – о заинтересованности мозжечка. Данные рентгенографии черепа подтверждают наличие плюс-процесса в этой области. Ответ 4: Для уточнения</p>	ТК ГИА	ПК-6, ПК-7

	<p>4) Назовите исследования, необходимые для уточнения диагноза.</p> <p>5) При прогрессировании роста опухоли, что ожидаем нового в симптоматике?</p>	<p>диагноза надо произвести компьютерную томографию, МРТ.</p> <p>Ответ 5: Присоединяются мозжечковые, стволовые и общемозговые симптомы.</p>		
018	<p>У больного после черепно-мозговой травмы из уха истекает светлая жидкость.</p> <p>1) Что это за жидкость?</p> <p>2) Где она образуется?</p> <p>3) Какое количество ее у человека?</p> <p>4) Переломы каких костей возможны при этой травме.?</p> <p>5) При переломе какого образования будет ликворея из уха?</p>	<p>Ответ 1: Ликвор.</p> <p>Ответ 2: В эпителии сосудистых сплетений.</p> <p>Ответ 3: 120-150 мл.</p> <p>Ответ 4: В данном случае речь идет о переломе основания черепа в области средней черепной ямки.</p> <p>Ответ 5: Истечение ликвора из уха чаще связано с переломом пирамиды височной кости.</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
019	<p>Больная 13 лет доставлена бригадой скорой помощи с тренировке по художественной гимнастике. Со слов, упала ударилась головой. Что было дальше – не помнит. Очнулась в машине скорой помощи. Жалуется на головную боль в затылке, тошноту, головокружение. Была однократная рвота. Объективно: состояние средней степени тяжести, заторможена, быстро истощается, при разговоре не может сосредоточиться. АД – 120/70 мм. рт. ст. Пульс – 84 в мин., ритмичный. Болезненность при пальпации в области затылка. Менингеальных симптомов нет. Зрачка D=S, реакция на свет сохранена. Лицо симметрично. Парезов конечностей нет. Мышечная гипотония. Чувствительных расстройств нет. Патологических знаков не выявлено.</p> <p>1) Поставить клинический диагноз.</p> <p>2) Какие дополнительно исследования необходимо сделать?</p> <p>3) Какова тактика лечения</p>	<p>Ответ 1: Сотрясение головного мозга.</p> <p>Ответ 2: Рентгенография черепа, Эхо-ЭС, осмотр окулиста, при наличии КТ.</p> <p>Ответ 3: Консервативное, наблюдение в динамике.</p> <p>Ответ 4: Невролог, нейрохирург, окулист.</p> <p>Ответ 5: Снижение мышечного тонуса.</p>	ТК ГИА	ПК-1, ПК-5

	<p>больной?</p> <p>4) Какие специалисты должны осмотреть больную?</p> <p>5) Что такое гипотония?</p>			
020	<p>Больную И., 82 лет беспокоит дрожание рук, умеренно затрудняющее самообслуживание и письмо, которое усиливается при движении и уменьшается в покое, а также дрожание головы по типу «нет-нет». Впервые отметила дрожание рук лет 12 назад на фоне стресса. Дрожание симметричное, медленно прогрессирует. У матери и бабушки больной был тремор подобного характера. В неврологическом статусе: зрачки D=S, легкая слабость конвергенции. Легкая асимметрия правой носогубной складки. Мышечная сила и тонус в конечностях сохранены. Сухожильные рефлексы высокие, без чёткой разницы. Патологических рефлексов нет. Определяется постурально-кинетический, высокочастотный, мелкоамплитудный тремор пальцев рук, умеренно затрудняющий самообслуживание. В позе Ромберга – легкая неустойчивость. Ходьба с элементами атаксии. Гипокинезии нет. МРТ ГМ – без патологии.</p> <p>1) Выделить клинические синдромы.</p> <p>2) Поставить топический диагноз.</p> <p>3) Поставить клинический диагноз.</p> <p>4) Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить диагноз?</p> <p>5) Назначить лечение, указать препараты каких групп рационально использовать в терапии данного заболевания.</p>	<p>Ответ 1: Синдром постурально-кинетического тремора</p> <p>Ответ 2: Экстрапирамидная система</p> <p>Ответ 3: Эссенциальный тремор, умеренно прогрессивное течение.</p> <p>Ответ 4: Диагностика осуществляется по клинической симптоматике и наследственно отягощенному анамнезу.</p> <p>Ответ 5: Терапия ЭТ средней степени тяжести симптоматическая и проводится по желанию больного. Рационально применение бета-блокаторов: пропранолол 60 мг/сут., карведилол 12,5-25 мг/сут., при их неэффективности антиконвульсант клоназепам 2-6 мг/сут.</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>ПК-6, ПК-7</p>