



**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

**Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования**

**«Дальневосточный федеральный университет»
(ДФУ)**

ШКОЛА МЕДИЦИНЫ

УТВЕРЖДАЮ

Директор Школы медицины



К.В. Стегний

«27» февраля 2023

**ПРОГРАММА
государственной итоговой аттестации**

31.08.42 «Неврология»

Программа ординатуры

Квалификация выпускника – врач-невролог

Форма обучения: очная

Нормативный срок освоения программы

(очная форма обучения): 2 года

Год начала подготовки: 2023

Владивосток
2023

Пояснительная записка

Государственная итоговая аттестация выпускника ДВФУ по направлению подготовки 31.08.42 «Неврология» является обязательной и осуществляется после освоения основной профессиональной образовательной программы в полном объеме.

Характеристика профессиональной деятельности выпускника:

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Виды профессиональной деятельности: медицинская; научно-исследовательская, организационно-управленческая и педагогическая.

Программа ординатуры включает в себя все виды профессиональной деятельности, к которым готовится ординатор.

Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:

медицинская деятельность:

- Оказание медицинской помощи пациентам при заболеваниях нервной системы;
- Назначение лечения пациентам при заболеваниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности;
- Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов при заболеваниях нервной системы;
- Оказание паллиативной медицинской помощи пациентам при заболеваниях нервной системы
- проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации и организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского Персонала
- Оказание медицинской помощи в экстренной форме

организационно-управленческая деятельность:

- применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

–организация проведения медицинской экспертизы;
–организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;

–ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации;
–соблюдение основных требований информационной безопасности;

психолого - педагогическая деятельность:

–формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

–преподавание по программам профессионального обучения, среднего профессионального и высшего образования, дополнительного профессионального образования;

–разработка программ профессионального обучения, среднего профессионального и высшего образования, дополнительного профессионального образования

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры по специальности 31.08.42 «Неврология» охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Области и (или) сферы профессиональной деятельности выпускника:

01 Образование и наука (в сферах: профессионального обучения, среднего профессионального и высшего образования, дополнительного профессионального образования; научных исследований);

02 Здравоохранение (в сфере организации деятельности и управления организацией здравоохранения);

07 Административно-управленческая и офисная деятельность (в сфере здравоохранения).

Выпускники могут осуществлять профессиональную деятельность в других областях профессиональной деятельности и (или) сферах профессиональной деятельности при условии соответствия уровня их образования и полученных компетенций требованиям к квалификации работника.

Типы задач профессиональной деятельности: медицинские, научно - исследовательские, организационно - управленческие, педагогические

Требования к результатам освоения образовательной программы:

Совокупность запланированных результатов обучения должна обеспечивать формирование у выпускника всех компетенций, установленных ОПОП.

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции и выпускника	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции	Результаты обучения по дисциплинам (модулям), практикам
Системное и критическое мышление	УК 1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	<p>УК-1.1. Анализирует методологию системного подхода достижений в области медицины и фармации в рамках своей профессиональной деятельности</p> <p>УК-1.2. Определяет проблемную ситуацию как систему и выстраивает причинно-следственные связи для принятия решений</p> <p>УК-1.3. Использует методы и приемы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте</p> <p>УК-1.4. Демонстрирует понимание взаимосвязи проводимых методов диагностики с полученными результатами и окончательной постановкой диагноза.</p>	<p>Знает методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации.</p> <p>Умеет анализировать достижения в области медицины и фармации.</p> <p>Умеет применять достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.</p> <p>Владеет навыком системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.</p>
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	УК-2.1. Участвует в разработке и управлении проектом, критериях эффективности в области медицины, используя менеджмент и международные стандарты	<p>Знает основы проектного менеджмента и международные стандарты управления проектом.</p> <p>Умеет определять проблемное поле проекта</p>

		<p>управления проектом УК-2.2</p> <p>Выполняет задачи в зоне своей ответственности в соответствии с запланированными результатами и точками контроля, при необходимости корректирует способы реализации задач</p> <p>УК-2.3. Осуществляет мониторинг и контроль над осуществлением проекта</p>	<p>и возможные риски с целью разработки превентивных мер по их минимизации.</p> <p>Владеет навыком мониторинга и контроля над осуществлением проекта.</p>
Командная работа и лидерство	<p>УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению</p>	<p>УК-3.1.</p> <p>Разрабатывает командную стратегию организации медицинской помощи населению с учетом использования методов оказания и методов руководства работой команды</p> <p>УК-3.2.</p> <p>Организует, руководит и контролирует работу команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала для достижения поставленной цели, мотивирует и оценивает вклад каждого члена команды в результат коллективной деятельности</p> <p>УК-3.3.</p> <p>Разрешает конфликты внутри команды на основе применения методов конфликтологии</p>	<p>Знает принципы стратегии оказания медицинской помощи и руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала.</p> <p>Умеет организовывать процесс оказания медицинской помощи, руководить и контролировать работу команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала.</p> <p>Владеет навыком оценки вклада каждого члена команды в результат коллективной деятельности.</p>
Коммуникация	<p>УК-4.</p> <p>Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности</p>	<p>УК-4.1</p> <p>Выбирает и использует стиль профессионального общения при взаимодействии с коллегами, пациентами и их родственниками</p> <p>УК-4.2</p> <p>Осуществляет ведение деловой переписки с учетом особенностей стилистики</p>	<p>Знает основы психологии и умеет выстраивать взаимодействие в рамках профессиональной деятельности</p> <p>Умеет поддерживать профессиональные отношения</p> <p>Владеет приемами Профессионального взаимодействия с коллегами</p>

		<p>официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в оформлении корреспонденции УК4.3.</p> <p>Поддерживает профессиональные отношения с помощью психолого-педагогических приемов взаимодействия с коллегами, пациентами, обучающимися УК 4.4</p> <p>Владеет коммуникативной компетенцией в официально-деловой, учебно-профессиональной, научной, социокультурной, повседневно-бытовой сферах общения.</p>	и пациентами
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	<p>УК-5.</p> <p>Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории</p>	<p>УК-5.1</p> <p>Определяет приоритеты собственного профессионального и личностного развития и минимизирует возможные риски при изменении задач карьерной траектории и профессионального роста УК-5.2</p> <p>Намечает ближние и стратегические цели собственного профессионального и личностного развития УК-5.3</p> <p>Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и минимизирует возможные риски при изменении карьерной траектории УК-5.4.</p> <p>Владеет приемами самореализации в профессиональной и других сферах деятельности</p>	<p>Знает основные характеристики, методы и способы собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории. Умеет намечать ближние и стратегические цели собственного профессионального и личностного развития, осознанно выбирать направление собственного профессионального и личностного развития и минимизировать возможные риски при изменении карьерной траектории Владеет методами объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории, методами самореализации в профессиональной и других сферах деятельности</p>

Наименование категории (группы) Общепрофессиональных компетенций	Код и наименование Общепрофессиональной компетенции выпускника	Код и наименование индикатора достижения Общепрофессиональной компетенции	Результаты обучения по дисциплин (модулям), практикам
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1 Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	<p>ОПК-1.1 Выбирает источники информации, включая национальные и международные базы данных, электронные библиотечные системы, специализированные пакеты прикладных программ для решения профессиональных задач</p> <p>ОПК-1.2 Создает, поддерживает, сохраняет информационную базу исследований и нормативно-методическую базу по выбранной теме и соблюдает правила информационной безопасности</p> <p>ОПК-1.3. Планирует, организовывает и оценивает результативность коммуникативных программ, кампаний по пропаганде здорового образа жизни</p> <p>ОПК-1.4. Применяет на практике принципы организации оказания медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий и информационной безопасности в медицинской организации</p>	<p>Знает современные информационно-коммуникационные технологии и ресурсы, применимые в научно-исследовательской, профессиональной деятельности и образовании</p> <p>Знает основные принципы организации оказания медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий, умеет применять их на практике.</p> <p>Знает и умеет применять на практике основные принципы обеспечения информационной безопасности в медицинской организации</p> <p>Умеет использовать современные информационно-коммуникационные технологии для повышения медицинской грамотности населения, медицинских работников, планировать, организовывать и оценивать результативность коммуникативных программ, кампаний по пропаганде здорового образа жизни</p> <p>Владеет навыком работы в медицинской информационной системе, ведения электронной медицинской карты.</p>
Организационно - управленческая	ОПК-2 Способен	ОПК-2.1 Использует основные	Знает основные принципы организации и управления в

<p>деятельность</p>	<p>применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей</p>	<p>принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан ОПК-2.2 Проводит анализ и оценку качества популяционного здоровья с использованием современных индикаторов и с учетом социальных детерминант здоровья населения ОПК-2.3. Реализовывает основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, направленные на профилактику заболеваний, укрепление здоровья населения и формирование здорового образа жизни ОПК-2.4. Анализирует и оценивает качество оказания медицинской помощи с использованием современных подходов к управлению качеством медицинской помощи и основных медико-статистических показателей ОПК-2.5 Разрабатывает контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>	<p>сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей. Умеет оценивать и прогнозировать состояние популяционного здоровья с использованием современных индикаторов и с учетом социальных детерминант здоровья населения, Реализовывать основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, направленные на профилактику заболеваний, укрепление здоровья населения и формирование здорового образа жизни. Владеет навыком анализа и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием современных основных медико-статистических показателей.</p>
<p>Педагогическая деятельность</p>	<p>ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность</p>	<p>ОПК-3.1 Планирует и подготавливает необходимые условия образовательного взаимодействия при осуществлении педагогической деятельности по программам среднего</p>	<p>Знает порядок организации и принципы осуществления педагогической деятельности по программам среднего профессионального, высшего медицинского образования и высшего медицинского образования. Умеет формулировать</p>

		<p>профессионального и высшего медицинского образования</p> <p>ОПК-3.2. Планирует и подготавливает необходимые условия образовательного взаимодействия при осуществлении педагогической деятельности по программам дополнительного образования</p> <p>ОПК-3.3 Владеет навыками преодоления возникающих в коллективе разногласий, споров и конфликтов при реализации программ</p>	<p>адекватные цели и содержание, формы, методы обучения и воспитания, использует инновационные, интерактивные технологии и визуализацию учебной информации.</p> <p>Владеет навыком преодолевать возникающие в коллективе разногласия споры и конфликты при реализации программ</p>
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	<p>ОПК-4.1. Демонстрирует умение оценивать морфофункциональные, физиологические и патологические состояния и процессы в организме человека для решения профессиональных задач</p> <p>ОПК-4.2. Демонстрирует умение оценивать результатов лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в рамках профессиональной деятельности</p> <p>ОПК-4.3. На основе проблемного видения ситуации демонстрирует выбор методик для каждого этапа лабораторной диагностики</p> <p>ОПК-4.4. Использует изученный материал для оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека</p>	<p>Знает морфофункциональные, физиологические и патологические состояния и процессы в организме человека</p> <p>Умеет оценивать результатов лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в рамках профессиональной деятельности</p> <p>Владеет навыком выбора методик для каждого этапа лабораторной диагностики, использования изученного материала для оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека</p>

	<p>ОПК5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p>	<p>ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях</p> <p>ОПК5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения</p>	<p>Знает принципы и умеет Назначить лечение пациентам при заболеваниях нервной системы</p> <p>Владеет навыком контроля эффективности и безопасности назначенного лечения</p>
	<p>ОПК6 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p>	<p>ОПК-6.1 Проводит мероприятия по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p> <p>ОПК-6.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p>	<p>Знает принцип проведения мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p> <p>Умеет проводить мероприятия по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p> <p>Владеет навыком контроля эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p>
	<p>ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p>	<p>ОПК-7.1. Знает виды медицинских экспертиз, правила и порядок исследования, направленного на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность</p> <p>ОПК-7.2. Устанавливает причинно-</p>	<p>Знает правила и порядок проведения экспертизы виды медицинских экспертиз, правила и порядок исследования, направленного на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность.</p> <p>Умеет устанавливать</p>

		<p>следственную связь между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья</p> <p>ОПК-7.3. Знает правила и порядок экспертизы временной нетрудоспособности граждан в связи с заболеваниями, травмами, отравлениями и иными состояниями</p> <p>ОПК-7.4. Анализирует и оценивает качество оказания медицинской помощи с использованием современных подходов к управлению качеством медицинской помощи</p>	<p>причинно-следственную связь между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья временной нетрудоспособности граждан.</p> <p>Владеет навыком анализа и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием современных подходов к управлению качеством медицинской помощи.</p>
	<p>ОПК8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>	<p>ОПК-8.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p> <p>ОПК-8.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением</p>	<p>Знает правила проведения разъяснительной работы по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p> <p>Умеет проводить разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p> <p>Владеет навыком оценки и контроля эффективности профилактической работы с населением</p>
	<p>ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>ОПК-9.1. Владеет методикой проведения анализа медико-статистических показателей заболеваемости, смертности и навыками составления плана работы и отчета о работе врача</p> <p>ОПК-9.2. Владеет навыками ведения медицинской документации, в том числе в форме электронного документа</p>	<p>Знает методы проведения анализа медико-статистических показателей заболеваемости, смертности и навыками составления плана работы и отчета о работе врача.</p> <p>Умеет осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала</p> <p>Владеет навыками ведения медицинской</p>

		ОПК-9.3. Осуществляет контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала	документации, в том числе в форме электронного документа.
	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-10.1. Знает и владеет методикой сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их родственников или законных представителей) ОПК-10.2. Знает и владеет методикой физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) ОПК-10.3. Знает клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания ОПК-10.4. Знает правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации	Знает методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов и их законных представителей. Умеет провести физикальные исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), определять клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания. Владеет навыком проведения базовой сердечно-легочной реанимации.

Профессиональные компетенции выпускников и индикаторы их достижения:

Код и наименование профессиональной компетенции	Код ПС (при наличии ПС) или ссылка на иное основание	Код трудовой функции и (при наличии ПС)	Индикаторы компетенции достижения	Результаты обучения по дисциплинам (модулям), практикам
Тип задач профессиональной деятельности: научно-исследовательский				
ПК1 Способен применять базовые знания и навыки анализа результатов исследований, их обобщения и оценки в свете существующих современных научных исследований в сфере	A	A/01.8	ПК1.1 Использует в профессиональной деятельности базовые научные знания, включая знания о предмете и объектах изучения, методах исследования, современных концепциях и достижениях медицинских наук ПК1.2 Использует базовые теоретические знания фундаментальных разделов	Знает принцип использования базовых научных знаний в профессиональной деятельности. Умеет использовать базовые научные знания в профессиональной деятельности Владеет навыком использования базовых

своей профессиональной деятельности			медицины для решения профессиональных задач.	научных знаний фундаментальных разделов медицины в профессиональной деятельности.
Тип задач профессиональной деятельности: организационно-управленческий				
ПК 2 Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	A	A/01.8	ПК2.1 Составляет план работы и отчет о своей работе. Осуществляет ведение медицинской документации. ПК2.2 Контролирует выполнение должностных обязанностей находящихся в распоряжении медицинским персоналом	Знает принципы планирования работы и отчет о своей работе; Умеет вести медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа; Владеет навыком контроля должностных обязанностей находящихся в распоряжении медицинским персоналом; Обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
Тип задач профессиональной деятельности: педагогический				
ПК 3 Способен к участию в педагогической деятельности на основе полученных знаний и проведению консультирования по различным вопросам профессиональной деятельности	A	A/01.8	ПК3.1 Планирует и подготавливает необходимые условия осуществления педагогической деятельности по программам СПО, ВО, ДПО. ПК 3.2 Владеет навыками преодоления возникающих в коллективе разногласий, споров и конфликтов по реализации программ	Знает принципы педагогической деятельности Умеет осуществлять педагогической деятельности по программам СПО, ВО, ДПО. Владеет навыками преодоления разногласий, споров и конфликтов при реализации педагогической деятельности.
Тип задач профессиональной деятельности: медицинский				
ПК-4. Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с	A	A/01.8	ПК-4.1. Регистрирует жалобы, анамнез жизни, проводит осмотр, формулирует предварительный диагноз, составляет план лабораторных и инструментальных	Знает методику сбора жалобы анамнеза у пациентов и их законных представителей при заболеваниях нервной системы; Умеет проводить осмотр

<p>целью постановки диагноза</p>			<p>обследований пациентов при заболеваниях нервной системы ПК-4.2 Направляет пациентов с заболеваниями нервной системы на инструментальное и лабораторное обследование, на консультацию к врачам-специалистам с учетом стандартов медицинской помощи ПК-4.3. Устанавливает диагноз с учетом действующей Международной статистической классификации болезней (далее - МКБ)</p>	<p>пациентов при заболеваниях нервной системы; направлять пациентов при заболеваниях нервной системы на инструментальное обследование; направлять пациентов при заболеваниях нервной системы на консультацию к врачам-специалистам. Владеет навыком формулировки предварительного диагноза и составления плана лабораторных и инструментальных обследований пациентов при заболеваниях нервной системы; постановки диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней (далее - МКБ)</p>
<p>ПК-5. Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности</p>	<p>A</p>	<p>A/02.8</p>	<p>ПК5.1. Разрабатывает план лечения пациентов, назначает лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание пациентам при заболеваниях нервной системы. Оценивает их безопасность. ПК-5.2 Назначает физиотерапевтические методы, рефлексотерапию, лечебную физкультуру, массаж, мануальную терапию пациентам при заболеваниях нервной системы ПК-5.3 Осуществляет профилактику и лечение осложнений, побочных</p>	<p>Знает методику планирования лечения пациентов при заболеваниях нервной системы с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими стандартами оказания медицинской помощи. Умеет назначить лекарственные препараты, медицинские изделия, лечебное питание, физиотерапевтические методы, рефлексотерапию, лечебную физкультуру, массаж, мануальную терапию Пациентам при</p>

			действий, нежелательных реакций, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций	заболеваниях нервной системы Владеет навыком оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов при заболеваниях нервной системы.
ПК-6. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов, реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов при заболеваниях нервной системы	<i>A</i>	<i>A/03.8</i>	ПК-6.1. Составляет план мероприятий медицинской реабилитации пациентов, направляет пациентов к врачам-специалистам для назначения медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, оценивает их эффективность и безопасность при заболеваниях нервной системы ПК-6.2 Проводит профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся осложнений у пациентов с ограниченными двигательными возможностями	Знает принципы планирования мероприятий медицинской реабилитации пациентов при заболеваниях нервной системы. Проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентов при заболеваниях нервной системы, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов Умеет Направить пациентов при заболеваниях нервной системы к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной реабилитации или абилитации инвалидов. оценить эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации пациентов при заболеваниях нервной системы. Владеет навыком Проведения профилактических мероприятий по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся осложнений у пациентов с

				ограниченными двигательными возможностями;
ПК-7. Проведение и контроль эффективности мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний и (или) состояний нервной системы и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения	<i>A</i>	<i>A/04.8</i>	ПК-7.1. Проводит пропаганду здорового образа жизни, профилактику заболеваний нервной системы ПК-7.2. Проводит медицинские осмотры и диспансерное наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями нервной системы ПК-7.3. Проводит диспансеризацию населения и профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний нервной системы	Знает основы здорового образа жизни, профилактики заболеваний нервной системы; Умеет проводить медицинские осмотры, диспансерное наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями нервной системы; осуществлять диспансеризацию населения Владеет навыком диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями нервной системы; проведения профилактических мероприятий по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний нервной системы.
ПК-8. Оказание паллиативной медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы	<i>A</i>	<i>A/05.8</i>	ПК-8.1. Осуществляет динамическое наблюдение пациентов при заболеваниях нервной системы, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи ПК-8.2. Оценивает интенсивность и характер болевого синдрома с использованием шкал оценки боли, проводит обезболивание у пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи ПК-8.3 Направляет пациентов в медицинские организации,	Знает принципы динамического наблюдения пациентов при заболеваниях нервной системы, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи; Умеет оценить интенсивность и характер болевого синдрома с использованием шкал оценки боли пациентов при заболеваниях нервной системы; Владеет навыками проведения мероприятий по улучшению качества

			оказывающие паллиативную медицинскую помощь	жизни пациентов при заболеваниях нервной системы, требующих оказания паллиативной медицинской помощи; направлять пациентов с заболеваниями нервной системы в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь
ПК-9. Проведение медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз в отношении пациентов при заболеваниях нервной системы	<i>A</i>	<i>A/06.8</i>	ПК-9.1. Проводит предварительные и периодические медицинские осмотры, экспертизу временной нетрудоспособности пациентов при заболеваниях нервной системы ПК-9.2. Осуществляет подготовку необходимой медицинской документации и направляет пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное заболеваниями нервной системы, для прохождения медико-социальной экспертизы	Знает Виды медицинских освидетельствований, предварительные и периодические медицинские осмотры; Умеет проводить экспертизу временной нетрудоспособности пациентов при заболеваниях нервной системы; Осуществлять подготовку необходимой медицинской документации для медико-социальной экспертизы пациентов при заболеваниях нервной системы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы; В л а д е е т н а в ы к о м направлять пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами нервной системы, для прохождения медико-социальной экспертизы;
ПК-10 Оказание медицинской помощи в экстренной форме	<i>A</i>	<i>A/08.8</i>	ПК-10.1. Оценивает и распознает состояния, представляющие угрозу жизни пациентов ПК-10.2. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме	Знает состояния пациентов, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме; Умеет Распознать состояния,

		<p>пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов</p> <p>ПК-10.3.</p> <p>Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме</p>	<p>представляющие угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти</p> <p>Владеет навыком: оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе при клинической смерти;</p> <p>применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме;</p>
--	--	--	--

3. Структура государственной итоговой аттестации

Выпускной экзамен проходит в три этапа:

I этап: тестовый контроль - Определение объема и качества знаний, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры

II этап: Практический - Определение объема и качества практических навыков и умений, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры ;

III этап: Собеседование - Определение объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения.

3.1. Цель государственной итоговой аттестации

Целью итоговой (государственной итоговой) аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися образовательных программ соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности **31.08.42 «Неврология»**

Государственная итоговая аттестация относится к обязательной части программы

- Блок 3. Государственная итоговая аттестация.

Государственная итоговая аттестация завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Государственная итоговая аттестация программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности **31.08.42 «Неврология»** завершается присвоением квалификации " **Врач – невролог**

3.2 Задачи государственной итоговой аттестации:

1. Оценить уровень сформированности у выпускников универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом и образовательной программой высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации); определение соответствия результатов освоения обучающимся программы ординатуры требованиям ФГОС ВО по специальности **31.08.42 «Неврология»**
2. Установить уровень готовности выпускника к самостоятельному выполнению всех видов профессиональной деятельности, предусмотренных требованиями федерального государственного образовательного стандарта по специальности высшего образования подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре, и решению профессиональных задач в своей профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной, психолого-педагогической и организационно-управленческой деятельности, характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач соответствующих квалификации – **Врач – невролог**
3. Принять решение о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему государственную итоговую аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

4. Порядок проведения итоговой (государственной итоговой) аттестации

- 4.1 Итоговая (государственная итоговая) аттестация для обучающихся по основной профессиональной образовательной программе высшего образования (программе ординатуры) по специальности **31.08.42 «Неврология»**

в ФГаОУ ВО ДВФУ Минобрнауки России проводится согласно Положения «О порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Дальневосточный федеральный университет» Министерства науки и высшего Российской Федерации» (далее – ФГаОУ ВО ДВФУ Минобрнауки России),

утвержденному приказом ФГАОУ ВО ДВФУ Минобрнауки России от 13.01.2020 № 6 –КО.

4.2. Для проведения итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности **31.08.42 «Неврология»** создается государственная экзаменационная комиссия, которая состоит из председателя, секретаря и членов комиссии.

4.3. Состав государственной экзаменационной комиссии создается по основным профилям подготовки не позднее, чем за 1 месяц до даты начала государственной итоговой аттестации, утверждается приказом ректора университета и действует в течение календарного года.

4.4. Государственная экзаменационная комиссия формируется из профессорско-преподавательского состава и научных работников Университета, а также лиц, приглашаемых из органов управления здравоохранением, работников медицинских организаций.

4.5. Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается по представлению ДВФУ Министерством науки и образования Российской Федерации не позднее 31 декабря, предшествующего году проведения Государственной итоговой аттестации.

4.6. Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается из числа лиц, не работающих в Университете, имеющих ученую степень доктора наук и (или) ученое звание профессора, либо являющихся руководителем органов управления здравоохранением или медицинских организаций.

4.7. В состав государственной экзаменационной комиссии включается не менее 5 человек, из которых 50% являются ведущими специалистами в области организации и общественного здоровья и (или) представителями органов государственной власти РФ, органов государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления, осуществляющих полномочия в соответствующей области профессиональной деятельности, остальные – лицами, относящиеся к профессорско-преподавательскому составу ДВФУ, и (или) иных организаций и (или) научными работниками Университета и (или) иных организаций, имеющими государственное почетное звание.

4.8. Основной формой деятельности комиссии являются заседания. Заседание комиссии правомочно, если в нем участвуют не менее двух третей состава соответствующей комиссии. Решения комиссии принимаются простым большинством голосов лиц, входящих в состав комиссии и участвующих в заседании. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса. Решения, принятые комиссией, оформляются протоколами.

4.9. Проведение заседания государственной экзаменационной комиссии, решения, принятые комиссией, оформляются протоколами на каждого обучающегося (приложение 1,2,3). В протоколе заседания итоговой (государственной) экзаменационной комиссии по приему итогового (государственного) экзамена отражаются перечень заданных ординатору вопросов и характеристика ответов на них, мнения председателя и членов итоговой (государственной) экзаменационной комиссии о выявленном в ходе итогового (государственного) аттестационного испытания уровне подготовленности ординатора к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке ординатора. Протоколы заседаний комиссий подписываются председателем. Протокол заседания итоговой (государственной) экзаменационной комиссии также подписывается секретарем итоговой (государственной) экзаменационной комиссии. Протоколы заседаний комиссий сшиваются в книги и хранятся в архиве Школы медицины ФГАОУ ВО ДВФУ Минобрнауки России.

4.10. Основными функциями государственной экзаменационной комиссии являются:

- определение соответствия подготовки ординатора требованиям федерального государственного образовательного стандарта по программе высшего образования – программе ординатуры по специальности **31.08.42 «Неврология»**

- принятие решения о присвоении квалификации «врач-организатор здравоохранения и общественное здоровье» по результатам итоговой (государственной итоговой) аттестации и выдаче ординатору диплома об окончании ординатуры и приложения к нему.

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

4.12. При формировании расписания устанавливается перерыв между государственными аттестационными испытаниями продолжительностью не менее 7 календарных дней.

4.13. Требования к составлению билетов государственного экзамена (количество и порядок вопросов в билете, требования к содержанию вопросов).

Экзаменационные билеты должны быть оформлены в соответствии с рекомендуемой формой, представленной в Приложении 4,5.

Оригиналы билетов должны иметь соответствующие подписи – директора департамента, руководителя ОП, заместителя директора Школы по УВР.

Экзаменационные билеты должны пересматриваться и актуализироваться ежегодно.

Каждый экзаменационный билет, как правило, должен содержать три вопроса для проверки уровня теоретических знаний и проверки умений ординаторов-выпускников применять теоретические знания при решении практических вопросов.

Рекомендуется при конструировании вопросов билета исходить из содержания дисциплины с учетом требуемого уровня знаний и умений.

Формулирование пунктов экзаменационного билета проводится в повествовательной форме.

Одно из главных условий при составлении билетов – установление примерно одинакового объема экзаменационного материала, степени сложности и трудоемкости вопросов.

Число билетов, требуемых для экзамена, зависит от численности группы, сдающий экзамен, но не менее 25. При этом вопросы билетов должны охватывать весь объем, предусмотренный для формирования универсальных и профессиональных компетенций государственного образовательного стандарта высшего образования.

4.14. К итоговой (государственной итоговой) аттестации допускается ординатор, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший индивидуальный учебный план в соответствии с учебным планом основной профессиональной образовательной программой, разработанной на основе федерального государственного образовательного стандарта (далее - ФГОС).

4.15. Обучающимся и лицам, привлекаемым к итоговой (государственной итоговой) аттестации, во время ее проведения запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

4.16. Не допускается взимание платы с обучающихся за прохождение государственной итоговой аттестации.

4.17. Требования к процедуре проведения государственного экзамена.

Продолжительность подготовки к ответу рекомендуется в течение 60 минут, продолжительность ответа на билет устного экзамена – в течение 20 минут.

Рекомендуется при проведении государственного экзамена находиться одновременно в аудитории не более 5 экзаменуемых ординаторов, во время сдачи экзамена не рекомендуется покидать аудиторию.

Обсуждение и объявление результатов государственного экзамена государственной экзаменационной комиссией рекомендуется проводить индивидуально по каждому экзаменуемому ординатору с характеристикой ответов.

После заседания ГЭК и оформления протоколов студентам объявляются результаты государственного экзамена. После государственного экзамена все документы передаются в архив университета.

Обучающиеся, не прошедшие государственную итоговую аттестацию в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения государственной итоговой аттестации. При этом обучающийся должен представить в ДВФУ документ, подтверждающий причину его отсутствия.

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

Лицо, не прошедшее государственную итоговую аттестацию, может повторно пройти государственную итоговую аттестацию не ранее чем через 10 месяцев и не позднее чем через пять лет после срока проведения государственной итоговой аттестации, которая не пройдена обучающимся.

Указанное лицо может повторно пройти государственную итоговую аттестацию не более двух раз. Для повторного прохождения государственной итоговой аттестации указанное лицо по его заявлению восстанавливается в ДВФУ на период времени, установленный организацией, но не менее периода времени, предусмотренного календарным учебным графиком для государственной итоговой аттестации по направлению подготовки 31.08.71 Организация здравоохранения и общественное здоровье.

Для обучающихся из числа инвалидов государственная итоговая аттестация проводится организацией с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья. Особенности проведения государственных аттестационных испытаний для лиц с ограниченными возможностями здоровья закреплены в Положении о государственной итоговой аттестации выпускников федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Дальневосточный федеральный университет» (утв. приказом № 12-13-2285 от 27.11.2015 г. (с послед. изм.).

При проведении государственной итоговой аттестации обеспечивается соблюдение следующих общих требований:

- проведение государственной итоговой аттестации для инвалидов в одной аудитории совместно с обучающимися, не являющимися инвалидами, если это не создает трудностей для инвалидов и иных обучающихся при прохождении государственной итоговой аттестации;

- присутствие в аудитории ассистента (ассистентов), оказывающего обучающимся инвалидам необходимую техническую помощь с учетом их индивидуальных особенностей (занять рабочее место, передвигаться, прочесть и оформить задание, общаться с председателем и членами государственной экзаменационной комиссии);

- пользование необходимыми обучающимся инвалидам техническими средствами при прохождении государственной итоговой аттестации с учетом их индивидуальных особенностей;

- обеспечение возможности беспрепятственного доступа обучающихся инвалидов в аудитории, туалетные и другие помещения, а также их пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, при отсутствии лифтов аудитория должна располагаться на первом этаже, наличие специальных кресел и других приспособлений).

Все локальные нормативные акты организации по вопросам проведения государственной итоговой аттестации доводятся до сведения обучающихся инвалидов в доступной для них форме.

По письменному заявлению обучающегося инвалида продолжительность сдачи обучающимся инвалидом государственного аттестационного испытания может быть увеличена по отношению к установленной продолжительности его сдачи.

В зависимости от индивидуальных особенностей, обучающихся с ограниченными возможностями здоровья организация обеспечивает выполнение следующих требований при проведении государственного аттестационного испытания:

а) для слепых:

- задания и иные материалы для сдачи государственного аттестационного испытания оформляются рельефно-точечным шрифтом Брайля или в виде электронного документа, доступного с помощью компьютера со специализированным программным обеспечением для слепых, либо зачитываются ассистентом;

- письменные задания выполняются обучающимися на бумаге рельефно-точечным шрифтом Брайля или на компьютере со специализированным программным обеспечением для слепых, либо надиктовываются ассистенту;

- при необходимости обучающимся предоставляется комплект письменных принадлежностей и бумага для письма рельефно-точечным шрифтом Брайля, компьютер со специализированным программным обеспечением для слепых;

б) для слабовидящих:

- задания и иные материалы для сдачи государственного аттестационного испытания оформляются увеличенным шрифтом;
- обеспечивается индивидуальное равномерное освещение не менее 300 люкс;
- при необходимости обучающимся предоставляется увеличивающее устройство, допускается использование увеличивающих устройств, имеющихся у обучающихся;

в) для глухих и слабослышащих, с тяжелыми нарушениями речи:

- обеспечивается наличие звукоусиливающей аппаратуры коллективного пользования, при необходимости обучающимся предоставляется звукоусиливающая аппаратура индивидуального пользования;
- по их желанию государственные аттестационные испытания проводятся в письменной форме;

г) для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата (тяжелыми нарушениями двигательных функций верхних конечностей или отсутствием верхних конечностей):

- письменные задания выполняются обучающимися на компьютере со специализированным программным обеспечением или надиктовываются ассистенту;
- по их желанию государственные аттестационные испытания проводятся в устной форме.

Обучающийся инвалид не позднее, чем за 3 месяца до начала проведения государственной итоговой аттестации, подает письменное заявление о необходимости создания для него специальных условий при проведении государственных аттестационных испытаний с указанием его индивидуальных особенностей. К заявлению прилагаются документы, подтверждающие наличие у обучающегося индивидуальных особенностей (при отсутствии указанных документов в организации).

В заявлении обучающийся указывает на необходимость (отсутствие необходимости) присутствия ассистента на государственном аттестационном испытании, необходимость (отсутствие необходимости) увеличения продолжительности сдачи государственного аттестационного испытания по отношению к установленной продолжительности (для каждого государственного аттестационного испытания).

4.18. Порядок подачи и рассмотрения апелляций по результатам государственных аттестационных испытаний:

4.18.1. По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и

(или) своем несогласии с результатами государственного аттестационного испытания (форма апелляционного заявления приведена в приложении 5).

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

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

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

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственной итоговой аттестации обучающегося не подтвердились и (или) не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;

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

4.18.5. В случае принятия решения об удовлетворении апелляции о нарушении порядка проведения государственного аттестационного испытания результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные университетом.

4.18.6. При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного аттестационного испытания;

- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного аттестационного испытания.

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

4.18.8. Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

4.18.9. Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее 15 июля.

4.18.10. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

4.18.11. Успешное прохождение государственной итоговой аттестации является основанием для выдачи обучающемуся документа о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством науки и высшего образования Российской Федерации – по программам ординатуры.

4.18.12. Обучающиеся, не прошедшие государственное аттестационное испытание в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по неуважительной причине или в связи с получением оценки "неудовлетворительно", отчисляются из организации с выдачей справки об обучении, как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

4.18.13. По результатам Государственной итоговой аттестации обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию (далее - Комиссия) письменное заявление об апелляции по вопросам, связанным с процедурой проведения государственной итоговой аттестации, не позднее следующего рабочего дня после прохождения Государственной итоговой аттестации.

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

4.18.15. Состав Комиссии утверждается приказом ректора Университета. Комиссия формируется в количестве не менее 4 человек из числа профессорско-преподавательского состава медицинского института Университета, не входящих в состав государственной экзаменационной комиссии.

4.18.16. Председатель Комиссии утверждается приказом ректора Университета из числа лиц, включенных в состав Комиссии.

4.18.17. Апелляция подлежит рассмотрению не позднее двух рабочих дней со дня ее подачи.

4.18.18. Для рассмотрения апелляции секретарь государственной экзаменационной комиссии направляет в апелляционную комиссию протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, экзаменационные листы обучающегося, заключение председателя государственной экзаменационной комиссии о соблюдении

процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания.

4.18.19. Апелляция рассматривается на заседании Комиссии с участием не менее половины состава Комиссии. На заседание Комиссии приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

4.18.20. Решение Комиссии принимается простым большинством голосов и оформляется протоколом. При равном числе голосов председатель Комиссии обладает правом решающего голоса.

4.18.21. Оформленное протоколом решение Комиссии, подписанное ее председателем, доводится до сведения подавшего апелляцию обучающегося (под роспись) в течение трех рабочих дней со дня заседания Комиссии.

4.18.22. Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

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

4.18.24. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

5. Этапы и формы проведения итоговой (государственной итоговой) аттестации.

5.1. Государственный экзамен проводится по основной дисциплине специальности ординатуры **31.08.42 «Неврология»**, которая имеет определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

В Блок 3 "Государственная итоговая аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Для подготовки ответа ординатор использует экзаменационные листы, которые сохраняются после приема экзамена в личном деле ординатора.

На каждого ординатора заполняется протокол приема государственного экзамена по специальности, в который вносятся вопросы билетов и дополнительные вопросы членов государственной экзаменационной комиссии.

Протокол приема государственного экзамена по специальности подписывается теми членами государственной экзаменационной комиссии, которые присутствовали на экзамене.

Показатели и критерии оценивания компетенций, а также шкалы оценивания.

Уровень знаний ординатора оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Для оценки результатов собеседования используются следующие критерии:

1. Знание теоретического материала по предметной области;
2. Глубина изучения дополнительной литературы;
3. Глубина и полнота ответов на вопросы.

Отметка «отлично» выставляется глубоко и прочно усвоившему программный материал, исчерпывающе, последовательно, грамотно и логически стройно его излагающему, в ответе которого увязывается теория с практикой, показ знакомства с монографической литературой.

Отметка «хорошо» выставляется твердо знающему программный материал, грамотно и по существу излагающему его, не допускающему существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач.

Отметка «удовлетворительно» выставляется тому, кто знает только основной материал, но не усвоил его деталей, допускает в ответе неточности, недостаточно правильно формулирует основные законы и правила, затрудняется в выполнении практических задач.

Отметка «неудовлетворительно» выставляется тому, кто не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, с затруднениями выполняет практические задания.

Результаты государственного экзамена по специальности объявляются в тот же день после оформления протокола заседания комиссии.

Решение о присвоении (не присвоении) ординатору квалификации по специальности и выдаче диплома об окончании ординатуры принимает государственная экзаменационная комиссия.

Решения государственной экзаменационной комиссии принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвующих в заседании, при обязательном присутствии председателя комиссии или его заместителя. При равном числе голосов председатель комиссии (или заменяющий его заместитель председателя комиссии) обладает правом решающего голоса.

Протоколы заседаний государственных экзаменационных комиссий хранятся в архиве организации.

Форма проведения государственного экзамена – устная.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап – аттестационное тестирование в соответствии с программой государственного экзамена по специальности.

2 этап – оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – итоговое собеседование (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования) по вопросам в соответствии с программой государственной итоговой аттестации по специальности.

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника.

Каждый обучающийся отвечает на 100 вопросов. На тестовый контроль отводится 120 минут. Протокол результатов прохождения 1 этапа фиксируется в соответствующем протоколе (приложение 1).

I этап – тестовый контроль

Список тем для подготовки к тесту:

Раздел 1 Топографическая анатомия и топическая диагностика заболеваний нервной системы

Раздел 2. Заболевания периферической нервной системы и нервно-мышечные заболевания нервной системы.

Раздел 3. Сосудистые заболевания нервной системы

Раздел 4. Дегенеративные заболевания нервной системы.

Раздел 5. Эпилепсия

Раздел 6. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания ЦНС

Раздел 7. Нейроинфекции

Раздел 8 Наследственные заболевания нервной системы

ПРИМЕРЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПО РАЗДЕЛАМ

Раздел 1 Топографическая анатомия и топическая диагностика заболеваний нервной системы

1. ПОНТИНЫМ АЛЬТЕРНИРУЮЩИМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ
 - а - Валенберга – Захарченко
 - б - Вебера
 - в - Джексона
 - г + Мийяра – Гублера
2. ЦЕНТРЫ РЕГУЛЯЦИИ НЕПРОИЗВОЛЬНОГО (РЕФЛЕКТОРНОГО) МОЧЕИСПУСКАНИЯ И ДЕФЕКАЦИИ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В
 - а - боковых рогах спинного мозга на уровне L1
 - б + боковых рогах спинного мозга на уровне S2-S4
 - в - верхней теменной дольке

- г - передней центральной извилине
3. ПРИ ОПУХОЛЯХ ПРОДОЛГОВАТОГО МОЗГА СТРАДАЮТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ФУНКЦИИ _____ ЧЕРЕПНОГО НЕРВА
- а - II
 - б - III
 - в + IX
 - г - VII
4. ТРЕТИЙ НЕЙРОН ОБОНЯТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА НАХОДИТСЯ В
- а - биполярных клетках верхних носовых раковин
 - б - крючке височной доли
 - в - обонятельной луковице
 - г + обонятельном треугольнике, прозрачной перегородке, передней продырявленной субстанции
5. ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ПАРЕЗ ЛЕВОЙ РУКИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА В
- а - верхних отделах передней центральной извилины справа
 - б - колене внутренней капсулы слева
 - в - нижних отделах передней центральной извилины слева
 - г+ среднем отделе передней центральной извилины справа
6. АДВЕРСИВНЫЕ ПРИПАДКИ РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ РАЗДРАЖЕНИИ
- а - полюса лобной доли
 - б - постцентральной извилины
 - в - прецентральной извилины
 - г + средней лобной извилины
7. АДВЕРСИВНЫЕ СУДОРОЖНЫЕ ПРИСТУПЫ С НАСИЛЬСТВЕННЫМ ПОВОРОТОМ ГОЛОВЫ В ЗДОРОВУЮ СТОРОНУ ЧАЩЕ НАСТУПАЮТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА В _____ ДОЛЕ МОЗГА
- а - височной
 - б - затылочной
 - в + лобной
 - г - теменной
8. НЕВОЗМОЖНОСТЬ РАЗОГНУТЬ КИСТЬ И ПАЛЬЦЫ, СИМПТОМ «ВИСЯЧЕЙ КИСТИ», «РУКИ ДЛЯ ПОЦЕЛУЯ», ГИПЕСТЕЗИЯ В ОБЛАСТИ «АНАТОМИЧЕСКОЙ ТАБАКЕРКИ» ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ
- а - n. axillaris
 - б - n. medianus
 - в + n. radialis
 - г - n. ulnaris
9. ПАРАЛИЧ ДЕЖЕРИН-КЛЮМПКЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ
- а - половинном поражении спинного мозга
 - б - травме верхнего пучка плечевого сплетения (с5- д'6)

- в - травме спинного мозга на уровне С3 - с5
 - г + травме среднего и нижнего пучка плечевого сплетения (с7-д1)
10. КОРКОВЫЙ КОНТРОЛЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МОЗЖЕЧКА
ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ ПУТЬ
- а - вестибулоцеребеллярный
 - б + лобно-мосто-мозжечковый
 - в - руброспинальный
 - г - спиноцеребеллярный (передний и задний)

Раздел 2 Заболевания периферической нервной системы и нервно-мышечные заболевания нервной системы

1. ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА В1 УСТАНОВЛЕН В ПАТОГЕНЕЗЕ НЕВРОПАТИИ ПРИ
 - а - гипотиреозе
 - б - почечной недостаточности
 - в - сахарном диабете
 - г + хроническом алкоголизме
2. ВИЛОЧКОВУЮ ЖЕЛЕЗУ УДАЛЯЮТ ПРИ
 - а - боковом амиотрофическом склерозе
 - б + миастении
 - в - полимиозите
 - г - синдроме Ламберта – Итона
3. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА МИАСТЕНИИ ПРОВОДЯТ ПРОБУ
 - а - амидопириновую
 - б + прозериную
 - в - с диазепамом
 - г - с кофеином
4. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕВРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ
 - а + применение бенфотиамина
 - б - применение нестероидных противовоспалительных средств
 - в - специфическая физиотерапия
 - г - хирургическая декомпрессия
5. ПРИ ШЕЙНОЙ РАДИКУЛОПАТИИ БОЛЬ ОБЫЧНО УСИЛИВАЕТСЯ ПРИ НАКЛОНЕ ГОЛОВЫ
 - а + в больную сторону
 - б - в противоположную сторону
 - в - вперед
 - г - назад
6. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА
 - а + карбапазепин
 - б - пентоксифиллин
 - в - пиридоксин
 - г - церебрекс

7. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО РЯДА В ЛЕЧЕНИИ МИАСТЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- а - азатиоприн
 - б + пиридостигмина бромид
 - в - преднизолон
 - г - ривастигмин
8. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ
- а - анальгетиков
 - б - нестероидных противовоспалительных препаратов
 - в + противосудорожных средств
 - г - спазмолитиков
9. К ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ АМИОТРОФИИ ПЕРСОНЕЙДЖА – ТЕРНЕРА ОТНОСЯТ
- а - боль в области кисти
 - б + боль в плече
 - в - дистальный парез руки
 - г - нарушение чувствительности в области IV, V пальцев кисти
10. К КОРЕШКОВО-СОСУДИСТОМУ СИНДРОМУ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА ОТНОСИТСЯ
- а - люмбаго
 - б - люмбалгия
 - в - люмбоишалгия
 - г + радиокулоишемия

Раздел 3 Сосудистые заболевания нервной системы

1. ИСЧЕЗНОВЕНИЕ ОЧАГОВЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ В ТЕЧЕНИЕ СУТОК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
- а - ишемического инсульта
 - б + преходящего нарушения мозгового кровообращения
 - в - спонтанного субарахноидального кровоизлияния
 - г - тромбоза наружной сонной артерии
2. ГОРМЕТОНΙΑ С ПЕРИОДИЧЕСКИМИ ТОНИЧЕСКИМИ СПАЗМАМИ МЫШЦ КОНЕЧНОСТЕЙ, ВОЗНИКАЮЩИМИ СИНХРОННО ДЫХАНИЮ, ВЕГЕТАТИВНЫЕ РЕАКЦИИ (ГИПЕРТЕРМИЯ, МИДРИАЗ ИЛИ МИОЗ), НЕРЕДКО ПЛАВАЮЩИЕ ДВИЖЕНИЯ ГЛАЗНЫХ ЯБЛОК, ДЫХАНИЕ ТИПА ЧЕЙН-СТОКСА ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ
- а - ишемии в системе передней мозговой артерии
 - б + кровоизлиянии в желудочки мозга
 - в - тромбозе внутренней сонной артерии

- г - эмболии средней мозговой артерии
3. ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НАИБОЛЕЕ ЗАТРУДНЕНО _____ ПОСЛЕ РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА
- а + в первые сутки
 - б - через год
 - в - через месяц
 - г - через неделю
4. ПРИ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМАХ НАБЛЮДАЕТСЯ
- а - нижний периферический парапарез
 - б - нижний центральный парапарез
 - в + центральный гемипарез
 - г - центральный тетрапарез
5. ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ
- а + непрямых антикоагулянтов
 - б - сочетания ацетилсалициловой кислоты и клопидогрела
 - в - только ацетилсалициловой кислоты
 - г - только клопидогрела
6. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВАЗОСПАЗМА ПРИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ ПРИМЕНЯЮТ
- а + нимодипин
 - б - папаверин
 - в - транексамовую кислоту
 - г - эпсилон-аминокапроновую кислоту
7. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА НЕОБХОДИМА ДИЕТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ
- а - апиксабана
 - б + варфарина
 - в - дабигатрана
 - г - ривароксабана
8. ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОКНО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)
- а - 12
 - б - 24
 - в + 6
 - г - 8
9. ОПТИМАЛЬНОЙ ДОЗОЙ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА ЯВЛЯЕТСЯ (В МГ)
- а - 400-500
 - б - 500-700
 - в - 700-1300
 - г + 75-150

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗРЫВ

- а + артериальной аневризмы
- б - артериовенозной мальформации
- в - венозной ангиомы
- г - кавернозной ангиомы

Раздел №4 Дегенеративные заболевания нервной системы

1. ПРИ ПЕРВИЧНОМ НАЗНАЧЕНИИ БАЗИСНОЙ ПРОТИВОДЕМЕНТНОЙ ТЕРАПИИ СРОК ПРОБНОЙ ТЕРАПИИ ДО ОЦЕНКИ ВОЗМОЖНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ (В МЕСЯЦАХ)

- а - 1
- б - 3
- в + 6
- г - 9

2. ПРИ РАЗВИТИИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ, АГРЕССИВНОСТЬ) ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА СЛЕДУЕТ

- а - назначить альпрозолам
- б + назначить мемантин
- в - отменить базисную терапию и назначить нейролептики
- г - провести внутривенные вливания депротенинизированного гемодиривата крови телят

3. ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ СПОСОБЕН ПРОДЛИТЬ ЖИЗНЬ ПАЦИЕНТА С БОКОВЫМ АМИОТРОФИЧЕСКИМ СКЛЕРОЗОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- а - ипидакрин
- б - мемантин
- в - преднизолон
- г + рилузол

4. ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДЕМЕНЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а - женский пол
- б - мужской пол
- в + пожилой возраст
- г - тяжелый физический труд

5. К РАННЕМУ ПРИЗНАКУ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА ОТНОСЯТ

- а - бред ущерба, зрительные галлюцинации
- б + нарушения памяти на недавние события
- в - одностороннюю апраксию
- г - прогрессирующие расстройства зрения

6. САМОЙ ЧАСТОЙ ЭТИОЛОГИЕЙ ПАРКИНСОНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

- а + идиопатическая
- б - нейролептическая
- в - посттравматическая

- г - сосудистая
7. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ПРЕПАРАТОВ ЛЕВОДОПЫ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА ЯВЛЯЕТСЯ
- а - доминирование тремора над гипокинезией
 - б + пожилой возраст начала болезни
 - в - сохранность когнитивных функций
 - г - средний возраст начала болезни
8. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГАЛЛЮЦИНАТОРНОГО СИНДРОМА ПРИ ДЕМЕНЦИИ С ТЕЛЪЦАМИ ЛЕВИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
- а - амантадин
 - б - галоперидол
 - в + клозапин
 - г - хлопромазин
9. НА НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА У ЛИЦ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА ЛЕЧЕНИЕ ЛУЧШЕ НАЧИНАТЬ С
- а + агонистов дофаминовых рецепторов
 - б - амантадина
 - в - препаратов леводопы
 - г - холинолитиков
10. В ПАТОФИЗИОЛОГИИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА НАИБОЛЕЕ ВАЖНУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
- а + ацетилхолинергическая
 - б - дофаминергическая
 - в - норадренергическая
 - г - серотонинергическая

Раздел 5 Эпилепсия

1. ПРИЕМ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ НАЧИНАЮТ ПОСЛЕ НЕСПРОВОЦИРОВАННЫХ _____ ПРИПАДКОВ
- а + двух
 - б - одного
 - в - трех
 - г - четырех
2. В ЛЕЧЕНИИ АБСАНСНОЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЭПИЛЕПСИИ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО РЯДА ЯВЛЯЕТСЯ
- а - габапентин
 - б - карбамазепин
 - в - ламотриджин
 - г + этосуксимид
3. ПРИ РАЗВИТИИ ФОКАЛЬНОГО ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ПРИСТУПА С НАРУШЕНИЕМ СОЗНАНИЯ МОЖНО ОЖИДАТЬ РАЗВИТИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ПРИСТУПА БОЛЕЕ _____ МИНУТ
- а + 10

б - 30

в - 5

г - 60

4. ОСНОВУ СИНДРОМА ВЭСТА СОСТАВЛЯЮТ

а - абсансы

б - адверсивные приступы

в - генерализованные тонико-клонические припадки

г + инфантильные спазмы

5. ПРИ ЮВЕНИЛЬНОЙ МИОКЛОНИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ ЛЕЧЕНИЕ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ПРОВОДИТСЯ

а - в течение 2 лет

б - в течение 3 лет

в - в течение 5 лет

г + пожизненно

6. ПРИЧИНОЙ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ МОЖЕТ БЫТЬ

а + артериовенозная мальформация

б - мигренозный статус

в - паническая атака

г - ревматический порок сердца

7. РЕФЛЕКТОРНЫМИ НАЗЫВАЮТ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИПАДКИ, КОТОРЫЕ ПРОВОЦИРУЮТСЯ

а - лихорадкой с повышением температуры

б + первичными сенсорными импульсами

в - приемом алкоголя

г - эмоциональным стрессом

8. ПРИ РАЗВИТИИ ТОНИКО-КЛОНИЧЕСКОГО ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ПРИСТУПА МОЖНО ОЖИДАТЬ РАЗВИТИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ПРИСТУПА БОЛЕЕ _____ МИНУТ

а - 10

б - 30

в + 5

г - 60

9. ПРЕКРАТИТЬ ЛЕЧЕНИЕ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ МОЖНО В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ПРИПАДКОВ, ПО МЕНЬШЕЙ МЕРЕ, НЕ БЫЛО В ТЕЧЕНИЕ (В ГОДАХ)

а - 1-2

б + 3

в - 4

г - 5

10. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ПРИ ЛЮБОЙ ФОРМЕ ЭПИЛЕПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

а + вальпроевая кислота

- б - диазепам
- в - дифенин
- г - фенобарбитал

РАЗДЕЛ 6 Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания ЦНС

1. **НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ**
 - а - КТ
 - б + МРТ
 - в - ЭЭГ
 - г - обзорная краниография
2. **ОСТРЫЙ РАССЕЯННЫЙ ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**
 - а - вторично-прогредиентным течением
 - б + острым началом после действия провоцирующего фактора
 - в - постепенным началом на фоне полного здоровья
 - г - хроническим прогредиентным течением
3. **ЛЕЧЕНИЕ ОБОСТРЕНИЙ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ**
 - а - азатиоприна
 - б - внутривенных иммуноглобулинов
 - в - дексаметазона
 - г + пульс-терапии метилпреднизолоном
4. **ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ ЧАЩЕ ВСЕГО СТРАДАЕТ НЕРВ**
 - а + зрительный
 - б - лицевой
 - в - обонятельный
 - г - тройничный
5. **ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ПРИМЕНЯЮТ**
 - а + внутривенную пульс-терапию метилпреднизолоном
 - б - интерферон бета
 - в - противовирусные препараты
 - г - цитостатики
6. **ДЛЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**
 - а + ретробульбарный неврит зрительного нерва
 - б - сенситивная атаксия
 - в - сенсо-моторная афазия
 - г - спастическая кривошея
7. **ОСНОВОЙ ДИАГНОСТИКИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ЦЕРЕБРО-СПИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ СЛУЖИТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ**
 - а - концентрации белка
 - б - концентрации глюкозы

- в - концентрации калия
г + олигоклональных антител к иммуноглобулину G
8. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ КОРТИКОСТЕРОИДАМИ ПОКАЗАНО
- а - в период ремиссии
б - независимо от стадии болезни при выявлении активных очагов на МРТ
в + при тяжелых обострениях заболевания
г - с целью профилактики обострений
9. ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ ПЕРВИЧНО СТРАДАЮТ КЛЕТКИ _____ МОЗГА
- а + белого вещества головного и спинного
б - задних рогов спинного
в - коры головного
г - передних рогов спинного
10. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ ПРИМЕНЯЮТ
- а - антибиотики
б - кортикостероиды
в + плазмаферез
г - противовирусные препараты

РАЗДЕЛ 7 Нейроинфекции

1. ПРИ ОПОЯСЫВАЮЩЕМ ЛИШАЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В
- а - боковых рогах спинного мозга
б - задних рогах спинного мозга
в + спинальном ганглии
г - спиноталамическом тракте
2. У ПАЦИЕНТА С УСТАНОВЛЕННОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ЗАМЕДЛЕНИЕМ ПСИХОМОТОРНЫХ ПРОЦЕССОВ, НЕВНИМАТЕЛЬНОСТЬЮ, СНИЖЕНИЕМ ПАМЯТИ, НАРУШЕНИЕМ ПРОЦЕССОВ АНАЛИЗА ИНФОРМАЦИИ, ДЕПРЕССИЕЙ И ЗАТОРМОЖЕННОСТЬЮ НАБЛЮДАЮТ
- а + ВИЧ-ассоциированную деменцию
б - микотическую энцефалопатию
в - острое нарушение мозгового кровообращения
г - церебральный токсоплазмоз
3. СТАНДАРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АЦИКЛОВИРОМ ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ НЕОБХОДИМО ПРОДОЛЖАТЬ (В ДНЯХ)
- а - 14
б + 21
в - 28
г - 7

4. ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИМЕНЯЮТ
- а + в остром периоде болезни, при тяжелом течении, с проявлениями ИТШ
 - б - для нормализации реологических свойств крови и микроциркуляции
 - в - с антиоксидантной целью, для регуляции углеводного и липидного обмена
 - г - с целью дезинтоксикации, коррекции электролитов и артериального давления
5. ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МЕНИНГИТОВ ПРИМЕНЯЮТ
- а - исследование крови
 - б + исследование ликвора
 - в - проведение КТ
 - г - проведение МРТ
6. В ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО НАЗНАЧЕНИЕ
- а - алпразолама
 - б + amitriptilina
 - в - моклобемида
 - г - сертралина
7. РАЗВИТИЕ СИНДРОМА УОТЕРХАУСА – ФРИДЕРИКСЕНА (ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ) НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ
- а - лимфоцитарного хориоменингита
 - б + менингококкового менингита
 - в - пневмококкового менингита
 - г - стафилококкового менингита
8. В ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОСИФИЛИСА НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫ
- а + изменения ликвора
 - б - клинические проявления
 - в - нетрепонемные реакции в крови
 - г - трепонемные реакции в крови
9. ДОЗА ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ АЦИКЛОВИРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО ЭНЦЕФАЛИТА СОСТАВЛЯЕТ ____ МГ/КГ С КРАТНОСТЬЮ
- а + 10; 3 раза в день
 - б - 10; каждые 3 часа
 - в - 15; каждые 3 часа
 - г - 20; 3 раза в день
10. ПРИ НЕУСТАНОВЛЕННОМ ВОЗБУДИТЕЛЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА СЛЕДУЕТ ЭМПИРИЧЕСКИ ПРИМЕНЯТЬ

- а - клиндамицин
- б - нифуроксазид
- в + цефотаксим
- г - эритромицин

РАЗДЕЛ 8 Наследственные заболевания нервной системы

- 1. ОПТИМАЛЬНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ВЕРИФИКАЦИИ СИНДРОМА АРНОЛЬДА-КИАРИ ЯВЛЯЕТСЯ**
 - а - вертебральная ангиография
 - б - изотопная диагностика
 - в - компьютерная томография
 - г + магнитно-резонансная томография
- 2. ДЛЯ НЕВРАЛЬНОЙ АМИОТРОФИИ ШАРКО – МАРИ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ**
 - а - миопатического синдрома
 - б - миотонического синдрома
 - в + полиневритического синдрома
 - г - спастических парезов
- 3. ДЛЯ ХОРЕИ ГЕНТИНГТОНА ХАРАКТЕРНЫ**
 - а - высокий мышечный тонус, тремор покоя
 - б - миоклонии, деменция
 - в - тики, астения, снижение памяти
 - г + хореические гиперкинезы, деменция
- 4. ПРИ ВРОЖДЁННОЙ МИОПАТИИ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ИЗМЕНЯЕТСЯ**
 - а - аланинаминотрансфераза
 - б + креатинфосфокиназа
 - в - мочевины
 - г - щелочная фосфатаза
- 5. АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНЫЙ ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**
 - а - преимущественным поражением лиц мужского пола
 - б - преобладанием в поколении больных членов семьи
 - в + проявлением патологического наследуемого признака во всех поколениях без пропуска
 - г - соотношением здоровых и больных членов семьи 1:1
- 6. К НАЧАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ КОНЕЧНОСТНО-ПОЯСНОЙ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ ОТНОСИТСЯ СЛАБОСТЬ МЫШЦ**
 - а - дистальных отделов верхних конечностей
 - б - дистальных отделов нижних конечностей
 - в + проксимальных отделов конечностей, плечевого или тазового пояса
 - г - шеи

**7. ДИАГНОЗ «БОКОВОЙ АМИОТРОФИЧЕСКИЙ СИНДРОМ»
СОМНИТЕЛЕН, ЕСЛИ**

а - имеются множественные фасцикуляции

б - на ранних стадиях болезни развивается бульбарный синдром

в + отсутствуют признаки одновременного поражения верхнего и нижнего мотонейрона

г - при наличии атрофий появляется рефлекс Бабинского

**8. АНОМАЛИЕЙ АРНОЛЬДА – КИАРИ НАЗЫВАЕТСЯ ПАТОЛОГИЯ,
ПРИ КОТОРОЙ ИМЕЕТСЯ**

а - расщепление дужки 1 шейного позвонка

б + смещение миндалик мозжечка в большое затылочное отверстие

в - сращение 1 шейного позвонка с затылочной костью

г - сращение шейных позвонков

**9. ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ МОЗГОВЫХ ГЕМИСФЕР,
СОЧЕТАЮЩЕЕСЯ С ДЕФЕКТОМ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА,
НАЗЫВАЕТСЯ**

а+ анэнцефалией

б - гидранэнцефалией

в - микроцефалией

г- платибазией

10. БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА ОБУСЛОВЛЕНА

а - генетическими дефектами митохондрий, сопровождающимися нарушением тканевого дыхания

б + деструкцией белковых субстанций нервной системы, в первую очередь альфа-синуклеина

в - недостаточностью ферментов, участвующих в образовании миелина или его отдельных компонентов

г - образованием аутоантител к различным антигенным мишеням периферического нейромышечного аппарата

Критерии оценок тестового контроля знаний:

5 (отлично) – **91-100% правильных ответов**

4 (хорошо) – **81-90% правильных ответов**

3 (удовлетворительно) – **71-80% правильных ответов**

2 (неудовлетворительно) – **70% и менее правильных ответов**

II этап – оценка практических навыков специалиста:

оценивается освоенный объем практических навыков в соответствии с квалификационной характеристикой:

В ординатуре по специальности «Неврология» ординатор приобретает практические навыки по трем уровням усвоения:

1-й уровень – профессиональная ориентация по данному вопросу.

2-й уровень – под руководством преподавателя или при консультативной помощи опытного специалиста использует практические навыки в процессе профессиональной деятельности.

3-й уровень – самостоятельно применяет усвоенные знания и практические навыки в процессе профессиональной деятельности.

Устное собеседование является одной из форм проведения государственного экзамена.

Основой для устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

1. Контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника.

2. Контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника.

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

Перечень контрольных вопросов, выявляющих теоретическую подготовку выпускника

проявления.

1. Преходящие нарушения мозгового кровообращения. Клинические формы. Этиология. Клиника. Лечение и профилактика.

2. Ишемический инсульт. Этиология. Клиника. Лечение.

3. Геморрагический инсульт. Клинические формы. Этиология. Лечение..

4. Дисциркуляторная энцефалопатия. Клиника. Диагностика. Лечение.

5. Эпидемический цереброспинальный (менингококковый) менингит. Клиника. Диагностика. Лечение.

6. Вторичный гнойный менингит. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.

7. Туберкулезный менингит. Клиника. Диагностика. Лечение.

8. Острый серозный хорео-менингит. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.

9. Острый эпидемический энцефалит (Экономо)

10. Клещевой энцефалит. Этиология. Клинические формы. Лечение и профилактика.

11. Полиомиелит. Этиология. Клиника. Лечение. Профилактика.

12. Полиневропатии. Этиология. Клинические особенности аксональных и демиелинизирующих форм. Диагностика. Лечение.

13. Воспалительная демиелинизирующая полирадикулонейропатия (синдром Гийена-Барре).

14. Острый инфекционный миелит. Этиология. Клиника. Лечение.

15. Герпетическое поражение чувствительных нейронов (опоясывающий лишай). Клиника. Лечение.

16. Нейросифилис. Классификация. Патогенез . клиническое течение, лечение.

17. Рассеянный склероз. Эпидемиология. Этиология. Клиника. Принципы диагностики. Лечение.
18. Эпилепсия. Этиология. Патогенез. Принципы классификации. Принципы лечения.
19. Эпилептический статус. Классификация. Клиника. Неотложная терапия.
20. Болезнь Паркинсона. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение.
21. Головная боль. Классификация. Клиническая характеристика разных видов головной боли. Принципы терапии.
22. Классификация наследственных заболеваний нервной системы.
23. Классификация наследственных нервно-мышечных заболеваний.
24. Хорея Гентингтона. Клиника. Принципы терапии.
25. Спиноцереbellарные дегенерации. Болезнь Фридрейха. Клиника. Медико-генетическое консультирование.
26. Нейрофиброматоз Реклингхаузена. Клиника. Медико-генетическое консультирование.
27. X-сцепленная прогрессирующая мышечная дистрофия (Болезнь Дюшена, Болезнь Бекера). Клиника. Медико-генетическое консультирование.
28. Наследственные полиневропатии (Болезнь Шарко-Мари) Клиника. Медико-генетическое консультирование
29. Наследственные спинальные амиотрофии (болезнь Верднига-Гоффмана, Болезнь Кугельберга Веландера) Клиника. Медико-генетическое консультирование
30. Гепатоцеребральная дегенерация. Этиология, Патогенез, Клиника. Диагностика. Лечение
31. Атаксия – Телеангиоэктазия – болезнь Луи-Бар. Этиология, патогенез, Клиника. Диагностика. Лечение
32. Наследственные нарушения обмена аминокислот. Фенилкетонурия. Этиология, патогенез, тип наследования. Диагностика, принципы терапии. Материнская Фенилкетонурия.
33. Миастения. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
34. Сирингомиелия и сирингомиелобульбия. Клиника. Диагностика. Лечение.
35. Остеохондроз позвоночника. Клинические формы. Диагностика. Лечение.
36. Перинатальные гипоксические поражения нервной системы.
37. Детский церебральный паралич. Клинические формы. Принципы диагностики и абилитации.

Перечень контрольных заданий, выявляющих практическую подготовку выпускника

1. Ход проводников глубокой и поверхностной чувствительности
Типы чувствительных расстройств при поражении чувствительных путей на различных уровнях. Методика исследования чувствительных нарушений²
2. Периферический двигательный нейрон. Анатомия. Симптомы поражения на различных уровнях.
3. Кортико-спинномозговой путь. Анатомия. Симптомы поражения на различных уровнях

4. Синдром центрального (спастического) паралича.
5. Методика исследования двигательной сферы.
6. Методика исследования сухожильных и периостальных рефлексов.
7. Спинной мозг. Анатомия. Синдром поражения сегментарного аппарата. Методика выявления сегментарных нарушений.
8. Спинной мозг. Анатомия. Синдромы поражения поперечника спинного мозга на различных уровнях. Методика выявления проводниковых нарушений.
9. Спинной мозг. Анатомия. Синдром поражения половины поперечника спинного мозга. Методика выявления спинальных нарушений.
10. Кортико-ядерный путь. Анатомия. Синдромы поражения.
11. Средний мозг. Анатомия. Синдром поражения. Методика выявления стволовых нарушений.
12. Варолиев мост. Синдромы поражения. Методика выявления стволовых нарушений.
13. Продолговатый мозг. Анатомия. Синдромы поражения. Методика выявления стволовых нарушений.
14. Альтернирующие синдромы при поражении половины поперечника ствола мозга.
15. Внутренняя капсула. Анатомия. Синдром поражения
16. Зрительный бугор. Синдром поражения.
17. Экстрапирамидная система. Анатомия. Синдромы поражения.
18. Мозжечок. Анатомическое строение. Основные связи с другими структурами ЦНС. Симптомы поражения.
19. Обонятельный анализатор. Анатомия. Методика исследования. Симптомы поражения.
20. Зрительный анализатор. Методика исследования. Симптомы поражения на различных уровнях.
21. Вестибулярный анализатор. Анатомия. Методика исследования. Виды вестибулярных расстройств
22. Слуховой анализатор. Анатомия. Методика исследования. Симптомы поражения.
23. Группа глазодвигательных нервов. Анатомия. Методика исследования. Симптомы поражения.
24. Симпатическая и парасимпатическая иннервация глазного яблока. Зрачковые рефлексы. Синдром Аргайля Робертсона. Синдром Горнера
25. Тройничный нерв. Анатомия. Методика исследования. Симптомы поражения. Тригеминальная невралгия.
31. Лицевой нерв. Анатомия. Методика исследования. Синдром центрального и периферического паралича.
26. Бульбарная группа черепных нервов. Анатомия. Методика исследования. Бульбарный и псевдобульбарный синдромы.
27. Иннервация тазовых органов. Типы нарушений функций тазовых органов..
28. Очаговые симптомы поражения лобной доли мозга.

29. Очаговые симптомы поражения теменной доли мозга
30. Очаговые симптомы поражения височной доли мозга.
31. Очаговые симптомы поражения затылочной доли мозга.
32. Симптомы поражения двигательной зоны коры.
33. Очаговые симптомы поражения сенсо-моторной области мозга.
34. Очаговые симптомы поражения мосто-мозжечкового угла.
35. Синдром поражения плечевого сплетения.
36. Синдром поражения лучевого нерва.
37. Синдром поражения конского хвоста
38. Оболочки мозга. Менингеальный синдром. Методика исследования.
39. Кровоснабжение головного мозга.
40. Общемозговые симптомы. Патогенез. Клинические

Перечень навыков и умений с уровнем усвоения 100%:

1. Методика исследования 7 и 5 пары черепных нервов, пробы на патологическую утомляемость мышц.
2. Проба на окуломоторные рефлексы (с-м «кукольных глаз») – условия и методика проведения.
3. Показать приемы исследования менингеальных симптомов.
4. Оказание первой врачебной помощи при эпилептическом приступе.
5. Оказание первой врачебной помощи при обмороке.
6. Выявление нарушений праксиса и гнозиса.
7. Методика исследования нарушений чувствительности и движений при поражении седалищного, малоберцового и большеберцового нерва.
8. Методика исследования нарушения речи.
9. Методика исследования нарушений чувствительности и движений при поражении локтевого, лучевого и срединного нерва.
10. Методика исследования поверхностной и глубокой чувствительности.
11. Методика исследования патологических и защитных рефлексов, рефлексов орального автоматизма.
12. Методика исследования болевых точек при заболеваниях периферической нервной системы.
13. Методика исследования функций мозжечка.
14. Методика исследования расстройств зрения, перечислить варианты изменений полей зрения.
15. Методика исследования поверхностных и глубоких рефлексов, мышечного тонуса и силы мышц.
16. Методика исследования функции тройничного нерва.
17. Методика исследования функции зрительного нерва.
18. Методика исследования глубокой и сложных видов чувствительности.
19. Методика исследования функций лицевого нерва.
20. Методика выявления патологических и защитных рефлексов, рефлексов орального автоматизма, синкинезий.
21. Методика исследования менингеальных (оболочечных) симптомов.

22. Методика исследования мышечной силы и тонуса, поверхностных и глубоких рефлексов.
23. Методика исследования вкусового анализатора.
24. Методика исследования нарушений чувствительности и движений при поражении локтевого, лучевого и срединного нерва.
25. Методика исследования болевых точек при заболеваниях периферической нервной системы.
26. Методика исследования функции тройничного нерва.
27. Методика исследования нарушений чувствительности и движений при поражении мало- и большеберцового нерва.
28. Методика исследования функции обонятельного нерва.
29. Методика исследования функций глазодвигательных нервов (III, IV, VI пара).
30. Методика исследования функций вегетативной нервной системы. _

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.42 «НЕВРОЛОГИЯ»,

Основная литература

(электронные и печатные издания)

1. Неврология и нейрохирургия. В 2 т. Т. 1. Неврология [Электронный ресурс] : учебник / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова; под ред. А.Н. Коновалова, А.В. Козлова. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015." - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429013.html>
2. Неврология и нейрохирургия. В 2 т. Т. 2. Нейрохирургия [Электронный ресурс] : учебник / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова; под ред. А.Н. Коновалова, А.В. Козлова. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015." - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429020.html>
3. Топический диагноз в неврологии по Питеру Дуусу. Анатомия. Физиология. Клиника / под ред. Матиаса Бера, Михеля Фротшера ; пер. с англ. О. С. Левина. Москва : Практическая медицина , 2015. 602 с. 3-е изд. на рус. яз. <http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:792839&theme=FEFU>
4. Никифоров А.С., Общая неврология / А. С. Никифоров, Е. И. Гусев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с. - ISBN 978-5-9704-3385-0 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433850.html>
5. Ратнер, А. Ю. Неврология новорожденных : монография / А. Ю. Ратнер. - 8-е изд. - Москва : Лаборатория знаний, 2020. - 371с. - ISBN 978-5-00101-737-0. - Текст : электронный. - URL: <https://znanium.com/catalog/product/1202052>
6. Аствацатуров, М.И. Неврология : избранные работы : сборник научных трудов / М.И. Аствацатуров. — Москва : СИМК, 2017. — 544 с. —

(Классики отечественной неврологии). - ISBN 978-5-91894-064-8. - Текст : электронный. - URL: <https://znanium.com/catalog/product/1052854>

7. Ньюкиктъен, Ч. Детская поведенческая неврология. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] / Ч. Ньюкиктъен ; пер. с англ. Д. В. Ермолаева, Н. Н. Заваденко, Н. Н. Полонской ; под ред. Н. Н. Заваденко. —4-е изд. (эл.). — Электрон, текстовые дан. (1 файл pdf: 290 с.). — Москва : Теревинф. 2019. — Систем. требования: Adobe Reader XI либо Adobe Digital Editions 4.5 ; экран 12" - ISBN 978-5-4212-0559-3. - Текст : электронный. - URL: <https://znanium.com/catalog/product/1029210>

8. Пономарев, В. В. Необычная обычная неврология : руководство для врачей / В. В. Пономарев. — Санкт-Петербург : Фолиант, 2018. — 240 с. - ISBN 978-5-93929-286-3. - Текст : электронный. - URL: <https://znanium.com/catalog/product/1068737>

9. Гинсберг, Л. Неврология для врачей общей практики : учебник / Л. Гинсберг ; пер. с англ. — 4-е изд., электрон. — Москва : Лаборатория знаний, 2020. — 371с. - ISBN 978-5-00101-736-3. - Текст : электронный. - URL: <https://znanium.com/catalog/product/1094815>

10. Неотложная неврология догоспитального этапа. Диагностика, тактика и лечение : учебное пособие для вузов / Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, Хабаровская станция скорой медицинской помощи ; составители : А. Л. Баранов, В. В. Унжаков, Е. С. Ким, С. Ф. Коротаев, Хабаровск .2019.

11. Руководство к практическим занятиям по топической диагностике заболеваний нервной системы : учебное пособие для вузов / [Л. В. Стаховская, Е. А. Петрова, В. В. Гудкова и др.] ; под ред. Л. В. Стаховской 3-е изд., перераб. и доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018

12. Тардов, М. В. На границе неврологии и оториноларингологии / М. В. Тардов, А. И. Крюков, А. В. Болдин [и др.] ; под ред. А. И. Крюкова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 256 с. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-6518-9. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970465189.html>

13. Крылов, В. В. Нейрореаниматология : практическое руководство / В. В. Крылов, С. С. Петриков, Г. Р. Рамазанов, А. А. Солодов. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 176 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-6178-5. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461785.htm>

14. Руденская, Г. Е. Наследственные нейрометаболические болезни юношеского и взрослого возраста / Г. Е. Руденская, Е. Ю. Захарова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 392 с. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - 392 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-5930-0. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459300.html>

15. Табеева, Г. Р. Головная боль / Табеева Г. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 296 с. - ISBN 978-5-9704-5864-8. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458648.html>

16. Кротенкова, М. В. Магнитно-резонансная томография в диагностике и дифференциальной диагностике рассеянного склероза : руководство для врачей / Кротенкова М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-5706-1. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457061.html>
17. Пирадов, М. А. Инсульт : пошаговая инструкция. Руководство для врачей / М. А. Пирадов, М. Ю. Максимова, М. М. Танашян. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-5782-5. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457825.html>
18. Гусев, Е. И. Спастичность : клиника, диагностика и комплексная реабилитация с применением ботулинотерапии / Гусев Е. И. , Бойко А. Н. , Костенко Е. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 288 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-5337-7. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453377.html>

Дополнительная литература

(электронные и печатные издания)

1. Неврология [Электронный ресурс] / Петрухин А. С., Воронкова К. В., Лемешко И. Д. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2386.html>
2. "Рациональная фармакотерапия в неврологии [Электронный ресурс] / Г. Н. Авакян, А. Б. Гехт, А. С. Никифоров ; под общ. ред. Е. И. Гусева. - М. : Литтерра, 2014. - (Серия "Рациональная фармакотерапия")." - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423501150.html>
3. Латышева, В.Я. Неврология и нейрохирургия : учеб. пособие / В.Я. Латышева, Б.В. Дривотинов, М.В. Олизарович. – Минск: Выш. шк., 2013. – 511 с. <http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=Znanium:Znanium-508904&theme=FEFU>
4. Неврология и нейрохирургия. В 2 томах. Том 2. Нейрохирургия [Электронный ресурс] : учебник / Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 424 с. http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=Geotar:/usr/vtls/ChamoHome/visualizer/data_geotar/geotar.xml.part2280..xml&theme=FEFU
5. Детская неврология. В 2-х томах. Том 1. Общая неврология [Электронный ресурс] : учебник / Петрухин А.С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422625.html>
6. Детская неврология. В 2-х томах. Том 2. Клиническая неврология [Электронный ресурс] : учебник / Петрухин А.С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422632.html>
7. Топическая диагностика заболеваний нервной системы [Электронный ресурс] / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. - 8-е изд., перераб. и доп. - СПб. : Политехника, 2012. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785732510096.html>

8. Неврологические осложнения остеохондроза позвоночника [Электронный ресурс] / А. С. Никифоров, Г. Н. Авакян, О. И. Мендель - 2-е изд. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433331.html>
9. Общая неврология [Электронный ресурс] / А. С. Никифоров, Е. И. Гусев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970426616.html>
10. Хронические нейроинфекции [Электронный ресурс] / Под ред И.А. Завалишина, Н.Н. Спирина, А.Н. Бойко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970418987.html>
11. Электроэнцефалографический атлас эпилепсий и эпилептических синдромов у детей [Электронный ресурс] / Королева Н.В., Колесников С.И., Воробьев С.В. - М. : Литтерра, 2011. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423500474.html>
12. Ранние клинические формы сосудистых заболеваний головного мозга [Электронный ресурс] / под ред. Л. С. Манвелова, А. С. Кадыкова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970428276.html>
13. Эпилепсия и ее лечение [Электронный ресурс] / Е.И. Гусев, Г.Н. Авакян, А.С. Никифоров - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431276.html>
14. Нейрохирургия : лекции, семинары, клинические разборы (том 1) [Электронный ресурс] : руководство для врачей / Древаль О. Н. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423501464.html>
15. Нейрохирургия : лекции, семинары, клинические разборы [Электронный ресурс] / Древаль О.Н. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423501471.html>
16. Эндогенные факторы церебрального инсульта [Электронный ресурс] : монография / Бакунц Г.О. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970418437.html>
17. Офтальмоневрология [Электронный ресурс] / А. С. Никифоров, М. Р. Гусева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970428177.html>
18. Боль в спине [Электронный ресурс] / Подчуфарова Е.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424742.html>
19. Краниовертебральная патология [Электронный ресурс] / Под ред. Д.К. Богородинского, А.А. Скоромца - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970408216.html>
20. Миофасциальный болевой синдром [Электронный ресурс] / Рачин А.П., Якунин К.А., Демешко А.В - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970418659.html>

21. Реабилитация в неврологии [Электронный ресурс] / В. А. Епифанов, А. В. Епифанов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970428504.html>
22. Болезнь Ниманна-Пика тип С [Электронный ресурс] / Михайлова С. В., Захарова Е. Ю. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429969.html>
23. Руководство к практическим занятиям по топической диагностике заболеваний нервной системы [Электронный ресурс] / Под ред. В.И. Скворцовой - М. : Литтерра, 2012. - (Серия Библиотека невролога). - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423500948.html>
24. Практическая неврология: руководство для врачей [Электронный ресурс] / Под ред. А.С. Кадыкова, Л.С. Манвелова, В.В. Шведкова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970417119.html>
25. Частная неврология [Электронный ресурс] / А. С. Никифоров, Е. И. Гусев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970426609.htm>
26. Эпилепсия и сосудистая патология головного мозга/
Эпилепсия и сосудистая патология головного мозга / С. А. Гуляев.
Владивосток : Изд-во Дальневосточного университета, 2001
27. Неврология и нейрохирургия. В 2 т. Т. 1. Неврология [Электронный ресурс] : учебник / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова; под ред. А.Н. Коновалова, А.В. Козлова. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015." - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429013.html>
28. Неврология и нейрохирургия. В 2 т. Т. 2. Нейрохирургия [Электронный ресурс] : учебник / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова; под ред. А.Н. Коновалова, А.В. Козлова. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015."

Интернет-ресурсы.

1. «Электронно-библиотечная система «Консультант студента» <http://www.studentlibrary.ru/>
2. Электронная библиотечная система «Консультант врача» <https://www.rosmedlib.ru/>
3. Электронная библиотечная система «Букап» <http://books-up.ru/>
4. Электронная библиотечная система «Университетская библиотека online» www.biblioclub.ru
5. Электронно-библиотечная система eLibrary (подписка) <http://elibrary.ru/>
6. БД «Статистические издания России» <http://online.eastview.com/>
7. ЭБС «Юрайт» <http://www.biblio-online.ru/>

Ресурсы открытого доступа

1. Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) - полнотекстовая база данных ЦНМБ <http://www.femb.ru/feml/>
2. Рубрикатор клинических рекомендаций <http://cr.rosminzdrav.ru/#/>
3. Cyberleninka <https://cyberleninka.ru/>
4. ГИС «Национальная электронная библиотека» НЭБ с виртуальным читальным залом диссертаций РГБ <https://rusneb.ru/>
6. Федеральная служба государственной статистики <https://www.gks.ru/>
7. Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru/>
8. «Консультант Плюс» <http://www.consultant.ru/>
9. BioMed Central <https://www.biomedcentral.com/>

Нормативно-правовые материалы

1. Конституция Российской Федерации.
2. Гражданский кодекс Российской Федерации.
3. Уголовный кодекс Российской Федерации.
4. Федеральный закон «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» N 323-ФЗ от 9 ноября 2011 г. (в ред. Федеральных законов от 25.06.2012 N 89-ФЗ, от 25.06.2012 N 93-ФЗ).

Перечень информационных технологий и программного обеспечения

- Microsoft Office Professional Plus 2010;
- офисный пакет, включающий программное обеспечение для работы с различными типами документов (текстами, электронными таблицами, базами данных и др.);
- 7Zip 9.20 - свободный файловый архиватор с высокой степенью сжатия данных;
- ABBYY FineReader 11 - программа для оптического распознавания символов;
- Adobe Acrobat XI Pro – пакет программ для создания и просмотра электронных публикаций в формате PDF;
- ESET Endpoint Security - комплексная защита рабочих станций на базе ОС Windows. Поддержка виртуализации + новые технологии;
- WinDjView 2.0.2 - программа для распознавания и просмотра файлов с одноименным форматом DJV и DjVu.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Материально-техническое обеспечение реализации дисциплин включает в себя аудитории для проведения лекций и практических занятий, оборудованных мультимедийным обеспечением и соответствующие санитарным и противопожарным правилам и нормам.

Образовательный процесс по дисциплинам проводится в лекционных, компьютерных классах корпуса Школы медицины кампуса ДВФУ,

оснащенных компьютерами класса Pentium и мультимедийными системами, с подключением к общекорпоративной сети ДВФУ и Internet.

Лекционная аудитория:

<p>Мультимедийная аудитория: Экран с электроприводом 236*147 см Trim Screen Line; Проектор DLP, 3000 ANSI Lm, WXGA 1280x800, 2000:1 EW330U Mitsubishi; документ-камера CP355AF Avervision, видеочкамера MP-HD718 Multipix; Подсистема специализированных креплений оборудования CORSA-2007 Tuarex; Подсистема видеокмутации: Подсистема аудиокмутации и звукоусиления: усилитель мощности, беспроводные ЛВС на базе точек доступа 802.11a/b/g/n 2x2 MIMO(2SS).</p>	<p>690922, Приморский край, г. Владивосток, остров Русский, полуостров Саперный, поселок Аякс, 10, Школа биомедицины, ауд. М 422, площадь 158,6 м²</p>
--	---

Практические занятия:

<p>Мультимедийная аудитория: Экран с электроприводом 236*147 см Trim Screen Line; Проектор DLP, 3000 ANSI Lm, WXGA 1280x800, 2000:1 EW330U Mitsubishi; документ-камера CP355AF Avervision, видеочкамера MP-HD718 Multipix; Подсистема специализированных креплений оборудования CORSA-2007 Tuarex; Подсистема видеокмутации: Подсистема аудиокмутации и звукоусиления: усилитель мощности, беспроводные ЛВС на базе точек доступа 802.11a/b/g/n 2x2 MIMO(2SS).</p>	<p>690922, Приморский край, г. Владивосток, остров Русский, полуостров Саперный, поселок Аякс, 10, Школа биомедицины, ауд. М 419, площадь 74,9 м²</p>
--	--

Самостоятельная подготовка студентов к практическим занятиям осуществляется в компьютерных классах, оборудованных выходом в интернет

<p>Компьютерный класс на 22 рабочих мест: Моноблок HP ProOne 400 All-in-One 19,5 (1600x900), Core i3-4150T, 4GB DDR3-1600 (1x4GB), 1TB HDD 7200 SATA, DVD+/-RW, GigEth, Wi-Fi, BT, usb kbd/mse, Win7Pro (64-bit)+Win8.1Pro(64-bit), 1-1-1 Wty (25 шт.)</p>	<p>690922, Приморский край, г. Владивосток, остров Русский, полуостров Саперный, поселок Аякс, 10, ауд. М612, площадь 47,2 м²</p>
<p>Моноблок HP ProOne 400 All-in-One 19,5 (1600x900), Core i3-4150T, 4GB DDR3-1600 (1x4GB), 1TB HDD 7200 SATA, DVD+/-RW, GigEth, Wi-Fi, BT, usb kbd/mse, Win7Pro (64-bit)+Win8.1Pro(64-bit), 1-1-1 Wty Скорость доступа в Интернет 500 Мбит/сек. Рабочие места для людей с ограниченными возможностями здоровья оснащены дисплеями и принтерами Брайля; оборудованы: портативными устройствами для чтения плоскочечатных текстов, сканирующими и читающими машинами видеоувеличителем с возможностью регуляции цветовых спектров; увеличивающими электронными лупами и ультразвуковыми маркировщиками</p>	<p>Читальные залы Научной библиотеки ДВФУ с открытым доступом к фонду (корпус А - уровень 10)</p>

В целях обеспечения специальных условий обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в ДВФУ все здания оборудованы пандусами, лифтами, подъемниками, специализированными местами,

оснащенными туалетными комнатами, табличками информационно-навигационной поддержки.

Фонд оценочных средств к итоговой (государственной итоговой аттестации)

Фонд оценочных средств к ГИА по программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.71 Организация здравоохранения и общественное здоровье включает:

- задания в тестовой форме (30)
- кейсы для оценки практических навыков (30)
- вопросы для собеседования (90)
- ситуационные задачи (30)

Примеры тестовых заданий для итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.42 «Неврология»,

Примерные тестовые задания

1. К ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ КОМПРЕССИОННОЙ НЕЙРОПАТИИ СРЕДИННОГО НЕРВА (СИНДРОМ ЗАПЯСТНОГО КАНАЛА) ОТНОСЯТ

- а - атрофию мышц возвышения мизинца
- б - нарушение болевой чувствительности в области IV, V пальцев кисти
- в + появление ночных дизестезий
- г - слабость IV, V пальцев кисти

2. УЧАСТКОМ ВОЗМОЖНОЙ КОМПРЕССИИ СРЕДИННОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ

- а - костно-фиброзный канал Гюйона
- б - наружная межмышечная перегородка плеча
- в + плечевой канал
- г - спиральный канал

3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЭКСТРАПИРАМИДНЫМ НАРУШЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- а - атетоз
- б - дистония
- в + тремор
- г - хорей

4. ПРИ НЕПОЛНОМ ДВУХСТОРОННЕМ ПОРАЖЕНИИ БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА ОТМЕЧАЕТСЯ

- а + афония, дисфагия
- б - мочеполовое расстройство
- в - остановка дыхания
- г - прекращение сердечной деятельности

5. В ПРАКТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ НЕ ВХОДИТ

- а - лечебно-диагностическая работа
- б - профилактическая работа, диспансеризация
- в - санитарно-гигиеническое воспитание и обучение населения
- г + экспертиза стойкой утраты трудоспособности

6. МЕНИНГЕАЛЬНЫЕ ЗНАКИ ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ

- а - асинергию Бабинского
- б - декортикационную ригидность
- в + симптом Кернига
- г - симптом натяжения

7. К РАННИМ СИМПТОМАМ ОПУХОЛИ ЛОБНО-МОЗОЛИСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОТНОСЯТ

- а - битемпоральные дефекты поля зрения
- б - двусторонний пирамидный парез в ногах
- в - нарушения координации
- г + нарушения поведения

8. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ

- а - наличие судорожных припадков
- б + нарушение сознания
- в - общемозговая симптоматика
- г - очаговая симптоматика

9. СУБЪЕКТАМИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- а - орган управления здравоохранением, медицинское учреждение, граждане, страховая организация
- б - фонд медицинского страхования, медицинское учреждение, граждане, орган управления здравоохранением
- в + фонд медицинского страхования, медицинское учреждение, граждане, страховая организация

г - фонд медицинского страхования, орган управления здравоохранением, граждане, страховая организация

10. ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ

- а - закупкой недостающих медикаментов за рубежом
- б - изменением номенклатуры специальностей медработников
- в + развитием первичной медико-санитарной помощи
- г - финансированием научно-исследовательского сектора

11. ДИСТАЛЬНАЯ СЕНСОРНАЯ ПОЛИНЕВРОПАТИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- а - истинным астереогнозом
- б + наличием боли и парестезии в ногах
- в - наличием парезов с преобладанием в проксимальных отделах конечностей
- г - оживлением сухожильных рефлексов

12. В РАЗВЁРНУТОЙ СТАДИИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ

- а - ауторегуляции мозгового кровотока
- б + мозжечковой системы
- в - обонятельной системы
- г - экстрапирамидной системы

13. ТИПИЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛИКВОРЕ В ВИДЕ СНИЖЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ГЛЮКОЗЫ И ПОВЫШЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ БЕЛКА НА ФОНЕ НАРАСТАЮЩЕГО ИЛИ ПОСТОЯННОГО КОЛИЧЕСТВА КЛЕТОК НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- а - ВИЧ-ассоциированной деменции
- б - менингококкового менингита
- в - нейросифилиса
- г + туберкулезного менингита

14. ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА РЕКОМЕНДУЮТСЯ СРЕДСТВА

- а + антигипертензивные
- б - метаболические
- в - ноотропные
- г - сосудорасширяющие

15. ЛЕЧЕНИЕ АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА ПРОТИВОПОКАЗАНО, ЕСЛИ У БОЛЬНОГО

- а - гипертоническая ретинопатия
- б + глаукома
- в - диабетическая ретинопатия
- г - катаракта

16. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ КЛЕЩЕВОМ БОРРЕЛИОЗЕ ПОРАЖАЕТСЯ НЕРВ

- а - глазодвигательный
- б + лицевой
- в - подъязычный
- г - языкоглоточный

17. ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА С ЦЕЛЮ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ ХОЛЕСТЕРИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИМЕНЯЮТ

- а - глицин
- б - парацетам
- в+ статин
- г - этилметилгидроксипиридина сукцинат

18. ПАРАЛИЧ ДЕЖЕРИНА-КЛУМПКЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ _____ КОРЕШКОВ СПИННОМОЗГОВЫХ НЕРВОВ

- а - D3-D7
- б - C5-C6
- в - C7
- г + C8-D2

19. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ПАРКИНСОНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ ТРЕМОР

- а - акционный
- б - интенционный
- в + покоя
- г - постуральный

20. К РАННИМ СИМПТОМАМ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ОТНОСЯТ

- а + гормональные нарушения
- б - классический гипертензионный синдром
- в - полушарные очаговые неврологические расстройства
- г - шум, а затем снижение слуха на одно ухо

21. СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- а + нарушением памяти
- б - нарушением сознания
- в - парезом
- г - тремором

22. ДЛЯ СВИНЦОВОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- а - онемения в конечностях
- б - преимущественных парезов верхних конечностей с болями в них
- в + преимущественных парезов нижних конечностей с болями в них
- г - равномерно представленных парезов верхних и нижних конечностей без болевого синдрома

23. ДВУСТОРОННЯЯ ПОЛНАЯ ОФТАЛЬМОПЛЕГИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- а + двустороннем поражении кортико-нуклеарных путей
- б - одностороннем поражении кортико-нуклеарных путей
- в - поражении коры затылочной доли
- г - поражении тройничного нерва

24. К РАССТРОЙСТВАМ ОБОНЯНИЯ ОТНОСИТСЯ

- а - амблиопия
- б - анестезия
- в + аносмия
- г - атаксия

25. НЕВРАЛЬНАЯ АМИОТРОФИЯ ШАРКО-МАРИ-ТУТА МОЖЕТ БЫТЬ ОПРЕДЕЛЕНА КАК СИНДРОМ

- а - альтернирующего синдрома
- б - бокового амиотрофического склероза
- в + полиневропатии
- г - центрального тетрапареза

26. НАЛИЧИЕ ПЕРЕЛОМА СВОДА ЧЕРЕПА БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ГОЛОВЫ УКАЗЫВАЕТ НА НАЛИЧИЕ

- а + закрытой черепно-мозговой травмы
- б - открытой черепно-мозговой травмы
- в - проникающей черепно-мозговой травмы
- г - сотрясения головного мозга

27. АСТЕРЕОГНОЗ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- а - верхней височной извилины
- б + верхней теменной доли
- в - нижней лобной извилины
- г - язычной извилины затылочной доли

28. ВОЛОКНА ДЛЯ ТУЛОВИЩА И ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В КЛИНОВИДНОМ ПУЧКЕ ЗАДНИХ КАНАТИКОВ РАСПОЛАГАЮТСЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К СРЕДНЕЙ ЛИНИИ

- а - вентрально
- б - дорсально
- в + латерально
- г - медиально

29. АНТИКОАГУЛЯНТ ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

- а + аписакбан
- б - гепарин
- в - препараты кальция
- г - эноксапарин

30. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНОГО АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПРИМЕНЯЮТ

- а + ацетилсалициловую кислоту
- б - варфарин
- в - гепарин
- г - нестероидные противовоспалительные препараты

Перечень практических заданий 2 этапа государственной итоговой аттестации в ординатуре по специальности 31.08.42 «Неврология»,

1. Методика исследования 7 и 5 пары черепных нервов, пробы на патологическую утомляемость мышц.
2. Проба на окуломоторные рефлекс (с-м «кукольных глаз») – условия и методика проведения.
3. Показать приемы исследования менингеальных симптомов.
4. Оказание первой врачебной помощи при эпилептическом приступе.
5. Оказание первой врачебной помощи при обмороке.
6. Выявление нарушений праксиса и гнозиса.
7. Методика исследования нарушений чувствительности и движений при поражении седалищного, малоберцового и большеберцового нерва.
8. Методика исследования нарушения речи.
9. Методика исследования нарушений чувствительности и движений при поражении локтевого, лучевого и срединного нерва.

10. Методика исследования поверхностной и глубокой чувствительности.
11. Методика исследования патологических и защитных рефлексов, рефлексов орального автоматизма.
12. Методика исследования болевых точек при заболеваниях периферической нервной системы.
13. Оказание первой врачебной помощи при эпилептическом статусе
14. Методика исследования функций мозжечка.
15. Методика исследования расстройств зрения, перечислить варианты изменений полей зрения.
16. Методика исследования поверхностных и глубоких рефлексов, мышечного тонуса и силы мышц.
17. Методика исследования функции тройничного нерва.
18. Методика исследования функции зрительного нерва.
19. Методика исследования глубокой и сложных видов чувствительности.
20. Методика исследования функций лицевого нерва.
21. Методика выявления патологических и защитных рефлексов, рефлексов орального автоматизма, синкинезий.
22. Методика исследования менингеальных (оболочечных) симптомов.
23. Методика исследования мышечной силы и тонуса, поверхностных и глубоких рефлексов.
24. Методика исследования вкусового анализатора.
25. Методика исследования нарушений чувствительности и движений при поражении локтевого, лучевого и срединного нерва.
26. Методика исследования болевых точек при заболеваниях периферической нервной системы.
27. Методика исследования функции тройничного нерва.
28. Методика исследования нарушений чувствительности и движений при поражении мало- и большеберцового нерва.
29. Методика исследования функции обонятельного нерва.
30. Оказание неотложной помощи при миастеническом кризе
31. Методика исследования функций глазодвигательных нервов (III, IV, VI пара).
32. Методика исследования функций вегетативной нервной системы.

Примеры ситуационных задач, выявляющих сформированность компетенций выпускника, регламентированных образовательной программой ординатуры на III этапе итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.42

«Неврология»,

Задача 1.

1. Женщина 39 лет страдает упорной головной болью распирающего характера в течение 6 месяцев. 7 месяцев назад начались и повторяются 3 раза в месяц приступы клонических судорог в правой

стопе, с последующим преходящим парезом стопы. Объективно: справа оживление глубоких рефлексов, положительный симптом Бабинского. Глазное дно: расширение вен сетчатки.

Задания:

1. Топический диагноз?
2. Как называется неврологический синдром, при котором возникают локальные судороги, безпотери сознания?
3. Предположительный клинический диагноз?
4. Обследование
5. Лечение

Задача 2

Больной 38 лет обратился к терапевту с жалобами на слабость в ногах. Из анамнеза известно, что 3 недели назад перенес ОРВИ. В неврологическом статусе: снижение силы в дистальных отделах ног – до 4^x баллов, в проксимальных отделах – 2 балла. Глубокие рефлексы с ног угнетены. Вялый парез в проксимальных отделах рук. Симптомы натяжения (с-м Лассега с<50). Двухсторонний парез мимической мускулатуры. Функция тазовых органов не нарушена. Парадоксальный тип дыхания. ЧСС – 108 в мин.

Задания:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?
- 3) Нужна ли госпитализация?
- 4) Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?
- 5) Принципы терапии?
- 6) Возможные исходы заболевания?

Задача 3

1. Женщина 27 лет жалуется на повышенную утомляемость, появилось двоение в глазах, при чтении. В течение дня выраженность жалоб нарастает, после отдыха – уменьшается. Со временем присоединилась «тяжесть» век. Обратилась к неврологу. При неврологическом осмотре: 2х сторонний неравномерный частичный птоз, ослабление конвергенции. При пробе с чтением появилось двоение и очень легкое расходящееся косоглазие. Других очаговых неврологических симптомов не выявлено.

Задание:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Нужна ли госпитализация?

- 3) Какие пробы необходимо провести для подтверждения диагноза?
- 4) Какие дополнительные методы обследования необходимы?
- 5) Предложите тактику лечения.
- 6) Возможные исходы заболевания?
- 7) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
- 8) Показано ли санаторно-курортное лечение?

Задача 4

У молодого человека 19 лет появилось дрожание правой руки при выполнении некоторых движений. При неврологическом осмотре: пациент расторможен, неуместно шутит, речь дизартричная, с элементами скандированной, крупноамплитудное дрожание правой руки по типу «взмах крыла» при выполнении пальце-носовой пробы, интенция при выполнении пяточно-коленной пробы с обеих сторон, мышечная ригидность в конечностях, выраженные рефлекс орального автоматизма, патологические кистевые симптомы Россоломо с обеих сторон, симптомы Бабинского, Бехтерева и Жуковского с обеих сторон, сухожильные рефлекс оживлены справа и слева, до клонусов коленных чашечек и стоп, брюшные рефлекс сохранены. Осмотр офтальмолога выявил кольца бурой окраски по краю радужной оболочки глаза. Из анамнеза известно, что сестра больного страдает гепатитом неясной этиологии, состоит на учете у гастроэнтеролога.

Задание:

- 1) Топический диагноз?
- 2) Название кольца бурого цвета (эпонимное), чем обусловлен этот феномен?
- 3) Сформулируйте наиболее вероятный клинический диагноз?
- 4) Нужна ли госпитализация?
- 5) Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?
- 6) Принципы терапии?
- 7) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

Задача 5

2. Женщина 65 лет, страдает пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, принимает кордарон и дигоксин. Во время прогулки, внезапно почувствовала «перебои» в сердце, не смогла говорить, с трудом понимала обращенную речь, появилась асимметрия лица. Соседи вызвали скорую помощь. В больнице через день сохраняется субтотальная сенсомоторная афазия, центральный парез лицевой мускулатуры справа, акцент глубоких рефлексов справа. Задание:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте клинический диагноз?
- 3) Какие обследования необходимо провести?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) Возможные осложнения и исходы заболевания?

Ответы

Задача 1 ответ

1. левая лобная доля, верхние отделы прецентральной извилины.
1. Парциальная (Джексоновская) эпилепсия.
2. Объемное образование (опухоль?)
левой лобной доли.
- 4.МРТ (КТ) головного мозга.
- 5.Оперативное

задача 2 ответ:

- 1) Поражение периферических нервов и корешков верхних и нижних конечностей.
- 2) Острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия (Синдром Гийена-Барре).
- 3) Да
- 4) Исследование ЦСЖ, ЭНМГ через 2-3 недели.
- 5) Плазмаферез (4-6 сеансов, кратность: через 1-2 дня), иммуноглобулин в/в по 0,4 г/кг/сут в течение 5 суток, для профилактики тромбоза глубоких вен голени (при развитии плегии в ногах) введение фраксипарина 0,3 мл п/к 1-2 р/день, или гепарин 2,5-5 тыс ЕД п/к, 2р/день. Поддержание адекватного водно-электролитного баланса.

При нарастании явлений дыхательной недостаточности – ИВЛ. При необходимости терапия, направленная на коррекцию кардиальных нарушений, осложнений со стороны ЖКТ.

Ранняя реабилитация.

Задача 3 Ответ:

- 1) Миастения. Глазная форма (класс I).
- 2) Госпитализация показана.
- 3) Клинические пробы на патологическую мышечную утомляемость (фиксированный взгляд вверх), фармакологическую пробу (с прозеринном).
- 4) ЭНМГ, уровень антител к ацетилхолиновым рецепторам, МРТ средостения (для выявления тимомы).
- 5) Антихолинэстеразные препараты (пролонгированного действия – калимин), кортикостероиды, цитостатики, тимэктомия.
- 6) Тяжесть и исход заболевания зависят от степени компенсации миастенических симптомов после введения АХЭП. Прогностически неблагоприятным фактором являются большие

дозы АХЭП в дооперационном периоде (10-20 стандартных доз в сутки) и относительная «прозеринорезистентность». Возможно усугубление птоза, глазодвигательных расстройств и генерализация процесса.

7) Потребуется.

8) Противопоказаний нет.

Задача 4 Ответ

- 1) Базальные ганглии, мозжечок, пирамидная система.
- 2) Кольцо Кайзера-Флейшера, обусловлено отложением меди в десцеметовой мембране внутреннего слоя роговицы глаза.
- 3) Гепато-лентиккулярная дегенерация (болезнь Коновалова-Вильсона), смешанная (дрожательно-ригидная) форма.
- 4) Да, госпитализация нужна.
- 5) Определение уровня меди в крови и моче, уровня церулоплазмينا в крови, лабораторное исследование функции печени, УЗИ органов брюшной полости, биопсия печени, МРТ головного мозга, нейропсихологическое тестирование, генетическое исследование пациента и обследование сестры пациента.
- 6) Медьэлиминирующая терапия (D-пенициламин), препараты цинка гепетопротекторы, диета (исключение продуктов с большим содержанием меди), симптоматическая терапия.
- 7) Да, потребуется. При оценке трудоспособности следует учитывать особенности клинической картины, стадию и скорость прогрессирования заболевания, а также характер профессиональной деятельности.

Задача 5 Ответ

- 6) Поражение левого полушария (лобно-теменно-височная обл.).
- 7) Ишемический инсульт в бассейне корковых ветвей левой средней мозговой артерии (предположительно кардиоэмболический подтип).
- 8) КТ или МРТ головного мозга, дуплексное сканирование церебральных сосудов или МРТ ангиография, ЭКГ, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр)
- 9) а) базисная недифференцированная терапия инсульта При подтверждении ишемического характера инсульта:
б) антикоагулянтная терапия (фраксипарин, далее переход на варфарин). в) дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол)

- 10) а) смертность достигает 15-25%, стойкая инвалидизация остается у 30-40%, возможно полное выздоровление
б) осложнения: отек мозга и сдавление мозгового ствола, пневмония, инфаркт миокарда, эмболия легочной артерии, уроинфекция, пролежни

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ

Ситуационная задача 1

Женщина 65 лет обратилась к врачу-неврологу с жалобами на двоение, более выраженное при взгляде вправо, опускание верхних век во второй половине дня, нарушение речи, связанное с трудностями артикуляции, более выраженное после длительного разговора или к концу дня, периодически затруднение глотания жидкой пищи, слабость в проксимальных и дистальных отделах рук, одышка инспираторного характера.

Анамнез заболевания

Три месяца назад пациентка без значимых провоцирующих факторов отметила двоение в глазах при чтении книги, а также опускание левого, а затем и правого века. Выраженность данных симптомов усиливалась после зрительной нагрузки. Через 1 месяц присоединилась слабость мышц языка. Пациентка не могла облизать верхнюю губу. Появились нарушения речи и тембра голоса (стал глухим) и периодически – нарушения глотания при приеме жидкой пищи. Еще через 1 месяц присоединилась слабость мышц рук и плечевого пояса. Все симптомы были минимально выражены после ночного сна и усиливались после физической, зрительной и речевой нагрузки. Ухудшение состояния пациентка отметила на фоне приема тригрима (торасемид) без калий заместительной терапии. В настоящее время пациентка не может вдохнуть полной грудью, быстро возникает одышка при ходьбе.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания

Артериальная гипертензия, II ст., 2 ст., риск 3.

Мочекаменная болезнь, вне обострения.

Желчекаменная болезнь, вне обострения.

Хронический панкреатит, вне обострения

Профессиональный анамнез: инженер по образованию, профессиональные вредности отрицает, в настоящее время на пенсии.

Вредные привычки (курение, алкоголь, наркотики) отрицает.

Наследственный анамнез: рак печени у отца, у дяди по линии отца рак поджелудочной железы.

Объективный статус

Объективно: гиперстенического телосложения. Состояние удовлетворительное. АД – 130/80 мм рт.ст. Пульс – 74 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные, шумов нет. Парадоксальное дыхание. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. ЧДД – 20 в минуту.

Неврологический статус: ориентирована в месте, времени, собственной личности, контактна, фон настроения не снижен, критика к своему состоянию не нарушена. Общемозговые симптомы отсутствуют. Менингеальных симптомов нет. ЧМН: полуптоз, больше справа, двоение при отведении взгляда в стороны. Слабость мимической мускулатуры до 4 б. Дизартрия, нарастающая при разговоре, дисфония. Слабость мышц-разгибателей шеи до 4 б, в проксимальной группе рук до 4 б, в дистальной до 5 б. Сухожильные рефлексы на руках и ногах живые, с акцентом слева. Мышечная сила в ногах в дистальных отделах достаточная, в проксиальных отделах незначительно снижена. Слабость мышц брюшной стенки. Чувствительных, координаторных, тазовых нарушений нет. Клинические пробы на патологическую мышечную утомляемость в круговой мышце глаза, бульбарной мускулатуре, трехглавой мышце плеча и четырехглавой мышце бедра положительные.

Вопросы

1. Какое заболевание можно предположить на основании жалоб и объективного осмотра больной? Какое исследование необходимо для постановки предварительного диагноза у данной пациентки?

2. В каком случае результат проводимой пробы считается положительным?

3. Какой из инструментальных методов исследования является необходимым для подтверждения диагноза? Обоснуйте его назначение. Оцените Результаты инструментального метода обследования

Электронейромиография (декремент-тест)

Исследован декремент-тест с круговой мышцы глаза и мышцы, отводящей мизинец. При низкочастотной стимуляции (3/сек) выявляется снижение амплитуды М-ответа на 24% и 18 % соответственно при норме до 10% и 5%. При проведении пробы с изометрическим напряжением увеличения декремента амплитуды не выявлено.

Заключение

4. Выберите и обоснуйте необходимый для постановки диагноза лабораторный метод исследования. Оцените результаты лабораторного метода обследования

5. Какой диагноз можно предположить у данной больной на основании результатов клинических и инструментальных методов обследования?

6. Какой клинический симптомом, является патогномичным при данном заболевании.

7. Есть ли необходимость в назначении методов лучевой диагностики (МРТ, КТ)? Выберите и обоснуйте наиболее адекватный метод лучевой диагностики, который нужно провести пациентке для определения дальнейшей тактики ведения.

8. Какой препарат назначается на первом этапе в лечении данного заболевания?

9. Какой препарат иммуномодулирующей терапии предпочтительнее назначить пациентке и какова его средняя дозировка (_____ мг/кг в сутки) ?

10. Какой препарат следует назначить пациентке при недостаточной эффективности проводимой терапии?

Ситуационная задача 2

Мужчина 45 лет пришел на консультацию к врачу-неврологу с жалобами на забывчивость

Из анамнеза заболевания со слов супруги известно, что в последний год значительно изменилось поведение пациента. Он стал несдержанным, раздражительным, вспыльчивым, временами агрессивным. Появились резкие беспричинные смены настроения, неопрятность пациента при естественных отправлениях: мочится мимо унитаза, забывает смыть за собой. Дополнительно супруга сообщает, что мимика пациента стала избыточно активной («гримасничает»), а сам он стал очень неусидчивым, часто бесцельно ходит по квартире взад и вперед, при разговоре очень активно жестикулирует.

Сам пациент изменения в своем поведении отрицает.

Анамнез жизни

Раннее развитие – без особенностей, в молодые и средние годы жизни каких-либо серьезных заболеваний не было.

У отца пациента в относительно раннем возрасте (на 6 десятилетия жизни) развилось слабоумие и двигательное беспокойство.

Вредные привычки отрицает.

Профессиональные вредности отрицает, по профессии юрист. Аллергии к лекарственным препаратам не отмечено.

Объективный статус

Пациент в удовлетворительном состоянии. Нормального питания: рост – 178 см, масса тела – 80 кг, окружность живота – 94 см. При физикальном исследовании по органам и системам – без патологических отклонений. АД – 130/80 мм рт.ст., ЧСС – 61 в минуту. При осмотре: больной в ясном сознании, контактен, правильно ориентирован в месте и во времени. Держится напряженно, быстро раздражается, с гневом рассказывает о «придириках» (с его точки зрения) родственников и

сослуживцев к его внешнему виду и поведению. Обращенную речь понимает полностью, собственная речь пациента беглая, плавная, правильная в грамматическом отношении, но несколько смазанная из-за нечеткости артикуляции. Нейропсихологическое исследование: познавательная деятельность протекает в замедленном темпе (брадифрения), отмечаются частые колебания концентрации внимания (флюктуации). Память нарушена в умеренной степени. Дискалькулия в пробах на вычитание из 100 по 7. Чтение и письмо не страдают. Ошибается при копировании пятиугольников – рисует четырехугольники. Также ошибается при рисовании кубика и часов. В ответ на вопрос «что общего между стулом и столом» говорит «обеденные приборы», а в ответ на вопрос «что общего между пальто и курткой» – «пальто – это пальто, а куртка – это куртка». МоСа тест – 23 балла (норма не менее 26).

В неврологическом статусе: оживлены рефлексы орального автоматизма. Парезов нет, сухожильные рефлексы живые симметричные, D=S, патологических знаков нет, мышечный тонус несколько снижен, чувствительность, координация и тазовые функции не нарушены. Обращают на себя внимание хаотические отрывистые произвольные движения: пациент постоянно ёрзает на стуле, перекладывает ноги с одной на одну, поправляет одежду, как будто бы стряхивает что-то с неё, постоянно перебирает пальцами («играющие на пианино пальцы»), избыточно активно жестикулирует, улыбается, морщит лоб, один раз даже показал язык. Пациент не может в течение одной минуты сжимать кулак, не может одновременно закрыть глаза и показать язык. При ходьбе как будто бы пританцовывает, наблюдается небольшое пошатывание.

Вопросы

1. Какой ведущий синдром в неврологическом статусе имеется у
2. Как Вы можете оценить когнитивные нарушения у пациента.
3. Какие исследования необходимо выполнить для уточнения причины когнитивных нарушений.
4. О поражении каких структур свидетельствуют специфические особенности когнитивных нарушений у пациента?
5. Сформулируйте и обоснуйте предполагаемый неврологический диагноз.
6. Какие исследования необходимо назначить для подтверждения диагноза?
7. Какие препараты можно назначить для уменьшения выраженности двигательных расстройств?
8. Какие препараты можно назначить пациенту для уменьшения выраженности когнитивных нарушений?
9. Каким по длительности должно быть лечение когнитивных нарушений у пациента?
10. Существуют ли эффективные меры профилактики нарастания деменции в данном случае?

10. Какова вероятность развития аналогичного заболевания у детей пациента? Почему?

Ситуационная задача 3

Женщина 33 лет доставлена в клинику бригадой скорой помощи в связи с ухудшением состояния, с жалобами на повышение температуры до 37,5°C, слабость, снижение аппетита, головную боль, боли в мышцах, звенящий шум в левом ухе.

Из анамнеза заболевания известно, что недомогание почувствовала около 3 недель назад, когда появилась общая слабость, утомляемость, потливость. Обнаружила на коже поясницы красное округлое образование. Стало беспокоить сильный зуд и жжение в области покраснения. Образование увеличилось в размерах в течение нескольких дней. Постепенно состояние ухудшалось. Появились головные боли, боли в мышцах, простреливающие боли в шее. Накануне обращения к врачу появилась асимметрия лица, перестал закрываться глаз, снизилась острота зрения. Месяц назад вернулась из отпуска, который провела в сельской местности, посещала лес.

Анамнез жизни

До настоящего заболевания была практически здорова

Объективный статус

При поступлении: состояние средней тяжести. Обращает внимание бледность кожных покровов. На коже поясницы красное округлое образование по типу кольцевидной эритемы.

Температура тела – 37,5°C, АД – 120/80 мм рт.ст., пульс – 78 в минуту, ритмичный, тоны сердца приглушены. ЧДД – 18 в минуту. Увеличены паховые лимфоузлы. Снижен слух на левое ухо.

Неврологический статус: сознание ясное. Светобоязнь. Положительные симптомы Бехтерева, Мондонези. Небольшая ригидность затылочных мышц. Зрачки равны, реакция на свет сохранена. Глазодвигательных нарушений нет. Правая половина лба неподвижна. Не может нахмурить лоб, зажмуриться. Сглажена правая носогубная складка. Правый глаз полностью не закрывается. При попытке закрыть глаз глазное яблоко закатывается кверху. Глотание, фонация не нарушены. Парезов нет. Сухожильные рефлексы симметричные. Горизонтальный мелкоамблиопический нистагм при взгляде в стороны. Нарушений чувствительности нет.

Вопросы:

1. Какие основные синдромы выявлены у пациента? Какими симптомами они представлены?
2. К какой группе предположительно относится Заболевание пациента?
3. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования, необходимы для постановки клинического диагноза?

4. Какой диагноз вы выставите пациенту с учетом клиники и данных дополнительных методов обследования?
5. Какое этиотропное лечение вы назначите пациенту?
6. Какие существуют препараты выбора на ранних стадиях заболевания?
7. Каков путь передачи существует для данного инфекционного заболевания?
8. Какое патогенетическое лечение вы назначите пациенту?
9. Назначение каких средств показано в качестве профилактики после укуса клеща?
10. Какие органы и системы помимо нервной системы при данном инфекционном заболевании поражаются чаще всего?

Ситуационная задача 4

Женщина 66 лет пришла в сопровождении дочери на консультацию к врачу-неврологу.

Жалоб в момент осмотра не предъявляет.

Из анамнеза заболевания известно:

В течение двух месяцев у пациентки возникло два генерализованных тонико-клонических судорожных припадков.

Анамнез жизни:

Хронических заболеваний нет. Пациентка не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус:

Пациентка в сознании, контактна, адекватна, ориентирована в месте, времени и собственной личности. В неврологическом статусе отмечается оживление сухожильных и периостальных рефлексов слева. В остальном без очаговой неврологической симптоматики.

Вопросы:

1. Какое заболевание необходимо предположить у пациентки старше 60 лет при впервые возникших эпилептических припадках.
2. Какой объем дополнительных исследований необходим?
3. Какое из исследований в данном случае будет наиболее информативным?
4. Дайте характеристику нейровизуализационного обследования. В каких режимах выполнено исследование?
5. Назовите цель назначения нейроофтальмологического исследования.
6. При сканировании в каком режиме проводят внутривенное контрастирование в ходе МРТ-исследования с целью диагностики данного заболевания.
7. Есть ли показания для люмбальной пункции в данном случае? Почему?

8. Показано ли проведение дегидратационной терапии с учетом отсутствия расстройства сознания, отсутствия признаков отека мозга по данным МРТ-исследования и отсутствия застойных изменений на глазном дне?

9. Показано ли назначение антиконвульсантов больной?

10. Какие антиконвульсанты предпочтительны при лечении симптоматической эпилепсии у данной больной?

Ситуационная задача 5

Женщина 45 лет поступила в неврологическое отделение с жалобами на нарастающую в течение последнего года слабость и скованность в ногах, дрожание рук, а также пошатывание при ходьбе, усиливающееся в тёмное время суток.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 10 лет, когда впервые возникло лёгкое пошатывание в обе стороны при ходьбе. Считала, что это связано с переутомлением, и к врачу не обращалась. Через 2-3 недели симптоматика полностью регрессировала. Через 1 год пошатывание возобновилось, присоединилась слабость в ногах. Лечилась стационарно, но назначаемых препаратов не помнит. На фоне лечения симптомы уменьшились, но полностью не прошли. Ещё через 6-8 месяцев заметила дрожание в руках, которое мешало выполнению точных движений. На протяжении следующих лет описанная симптоматика несколько раз нарастала, но на фоне лечения значительно регрессировала, и между такими «обострениями» оставалась стабильной. На протяжении последнего года между периодами резкого усугубления симптоматики слабость, скованность в ногах и пошатывание при ходьбе продолжают нарастать.

Из анамнеза жизни известно

- живёт в деревне
- какие-либо неврологические заболевания у родственников отрицает
- хронических заболеваний нет
- замужем, имеет 2-х взрослых детей
- не курит, алкоголем не злоупотребляет
- аллергии к лекарственным препаратам не отмечала
- 15 лет назад – перелом костей плеча с установлением металлической спицы

Объективный статус

Физикальный статус в норме. АД – 130/80 мм рт.ст., пульс – 66 в 1 мин. Поля зрения, ориентировочно, в норме. Среднеразмашистый нистагм в крайних отведениях в обе стороны. Лицо симметрично. Глотание, артикуляция, фонация не нарушены. Сила в руках – 5 баллов. Сила в проксимальных отделах ног – 3 балла, в дистальных отделах – 4 балла. Тонус в руках не изменён, в ногах повышен по спастическому типу с симптомом «складного ножа». Сухожильные рефлексы на руках средней живости, на ногах – высокие, с расширенными зонами и клонусами стоп. Патологические рефлексы Бабинского, Россолимо и Оппенгейма с 2-х сторон. Походка

атактическая, с нарастанием атаксии при закрывании глаз. Интенционный тремор и дисдиадохокинез в руках, небольшая интенция при выполнении пяточно-коленной пробы. Асинергии Бабинского нет. Мимопопадание при выполнении координационных проб с закрытыми глазами. Положительная проба Ромберга. Нарушение суставно-мышечного чувства в стопах. Поверхностная чувствительность сохранна. Тазовые функции сохранены.

Вопросы:

1. Поражением какого отдела ц.н.с. обусловлено развитие пареза в ногах?
2. Учитывая неврологический статус пациентки и указанные особенности атактического синдрома, какова наиболее вероятная локализация очага поражения?
3. О каком заболевании может идти речь? Ваш предварительный диагноз.
4. Какие исследования необходимо провести пациентке для подтверждения диагноза?
5. Какие исследования необходимо провести для подтверждения «рассеянности в пространстве»?
6. Какой тип течения заболевания у пациентки?
7. Какое лечение следует назначить пациентке с учётом типа течения заболевания?
8. С целью профилактики осложнений назначения препаратов, изменяющих течение заболевания, в данном случае рекомендуется...

Ситуационная задача 6

Мужчина 25 лет, обратился на приём к врачу-неврологу с жалобами на дрожание в руках, туловище и в голове по типу «да-да», нарастающее при волнении и нервном напряжении, скованность и замедленность движений, неустойчивость и пошатывание при ходьбе, снижение памяти, повышенную утомляемость при умственной работе.

Анамнез заболевания

Считает себя заболевшим в течение последнего года, когда исподволь, без видимой причины появились общая слабость и повышенная утомляемость при умственной работе.. Приблизительно в это же время окружающие стали обращать внимание на пошатывание при ходьбе: походка стала напоминать походку пьяного человека. Дрожание, скованность и замедленность движений присоединились в последние 2-3 месяца, в настоящее время пациент испытывает значительные затруднения при выполнении мелких точных движений, например, при застёгивании пуговиц, завязывании шнурков, пользовании ножом и вилкой. Изменился почерк: буквы стали очень мелкими и неразборчивыми, особенно если приходится писать долго.

Анамнез жизни

Раннее развитие – без особенностей. В 10-летнем возрасте был госпитализирован по поводу пневмонии. В биохимическом анализе крови

было зафиксировано умеренное повышение печеночных трансаминаз. Повторное исследование содержания трансаминаз не проводилось по причине удовлетворительного состояния пациента и отсутствия жалоб, несмотря на рекомендации врачей. Пациент – единственный ребёнок в семье, его родители здоровы. Вредные привычки: курит с 20 лет по 5-10 сигарет в день, алкоголь не употребляет. Профессиональные вредности отрицает. Аллергии к лекарственным препаратам не отмечено.

Объективный статус

Пациент в удовлетворительном состоянии. Пониженного питания: рост – 178 см масса тела – 69 кг, окружность живота – 82 см. При физикальном исследовании по органам и системам – увеличение печеночной тупости на 2 см ниже реберной дуги. АД – 110/70 мм рт.ст., ЧСС – 64 в минуту.

Неврологический статус: больной в ясном сознании, контактен, правильно ориентирован в месте и во времени. Обращенную речь понимает полностью, собственная речь пациента беглая, правильная в грамматическом отношении, но прерывистая, пациент произносит слова по слогам (скандированная речь).

Нейропсихологическое исследование: познавательная деятельность протекает в замедленном темпе (брадифрения), отмечаются частые колебания концентрации внимания (флюктуации). Память нарушена в умеренной степени. Дискалькулия в пробах на вычитание из 100 по 7. Чтение и письмо не страдают. Пятиугольники рисует правильно, но ошибается при рисовании кубика и часов. В ответ на вопрос «что общего между стулом и столом» говорит «4 ножки», в ответ на вопрос «что общего между пальто и курткой» – «носятся зимой». Пословицу «готовь летом сани, а зимой телегу» трактует следующим образом: «это значит – делай всё наоборот». МоСа тест – 22 балла (норма не менее 26).

Краниальная иннервация: горизонтальный нистагм в крайних отведениях глазного яблока с двух сторон. Оживлены рефлекс орального автоматизма, лёгкая дизартрия, голос глухой, монотонный. Обращают на себя внимание гипомимия, гипокинезия. Мышечный тонус повышен по пластическому типу, с феноменом «зубчатого колеса», D=S. В руках определяется постурально-кинетический преимущественно дистальный среднеамплитудный тремор, аналогичный тремор меньшей амплитуды заметен в туловище и голове при удержании вертикальной позы. Парезов нет, сухожильные рефлекс повышены, D=S, зоны вызывания несколько расширены, патологических знаков нет. Чувствительность интактна. При выполнении координаторных проб: интенционный тремор, дисметрия, дисдиадохокinesis в обеих руках. В позе Ромберга: пошатывание, независимое от закрывания глаз. Походка: на широкой базе, шаг неравномерен, пошатывание. Тазовые функции не нарушены.

Вопросы

1. Какие ведущие синдромы двигательных нарушений наблюдают у пациента? Какими симптомами они представлены?

2. Как следует трактовать дискоординаторные нарушения у пациента?
3. На основании жалоб пациента, его анамнеза и данных неврологического осмотра сформулируйте предварительный диагноз
4. Какие лабораторные исследования необходимо выполнить для установления причин и патогенетических механизмов неврологических расстройств? Оцените результаты исследования

Результаты обследования:

Концентрация церулоплазмина сыворотки – 71 мг/л

5. Показаны ли нейровизуализационные исследования для уточнения причины двигательных и когнитивных нарушений? Оцените результаты обследования

МР-томография головного мозга

На серии FLAIR, T1- и T2- взвешенных томограмм головного мозга получены изображения суб- и супратенториальных структур. Срединные структуры не смещены. Умеренное расширение передних рогов боковых желудочков. Субарахноидальные пространства расширены преимущественно в лобно-височных отделах.

Дифференциация серого и белого вещества сохранена. Выявляются очаги гиперинтенсивного сигнала на T2- и FLAIR-взвешенных изображениях в области полосатых тел и таламуса с двух сторон.

Селлярная область без патологических изменений. Размеры гипофиза в пределах нормы. Стволовые структуры и мозжечок в пределах нормы. Мостомозжечковые углы без особенностей. Краниовертебральный переход не изменен. Придаточные пазухи и ячейки сосцевидных отростков воздушны. Содержимое глазниц без особенностей.

6. Показано ли обследование пациента у офтальмолога? Какой объем офтальмологических исследований и с какой целью необходим?

7. Оцените и обоснуйте когнитивные нарушения у пациента по данным нейропсихологических тестов.

8. Какой препарат можно назначить в качестве базисной патогенетической терапии данному пациенту.

9. Какое исследование можно использовать в качестве теста для оценки эффективности. Какие дополнительные рекомендации Вы можете дать пациенту для профилактики прогрессирования двигательных и когнитивных нарушений

10. Каков риск развития заболевания у детей пациента? Почему?

Ситуационная задача 6

Мужчина 78 лет обратился на прием к врачу-неврологу с жалобами на неустойчивость при ходьбе, снижение зрения на «правый глаз».

Анамнез заболевания:

2 недели назад мужчина во время работы на даче отметил неустойчивость, изменение зрения. При измерении артериального давления установлено его

повышение до 180/100 мм рт.ст. При обращении к терапевту по месту временного проживания состояние было расценено как «гипертонический церебральный криз», рекомендованы антигипертензивные средства, на фоне которых нормализовалось артериальное давление. Поскольку неустойчивость и нарушение зрения не проходили полностью, пациенту назначено МРТ головного мозга, исследование сосудов. При дуплексном сканировании обнаружен незначительный (до 20% диаметра) стеноз обеих внутренних сонных артерий. По данным МРТ обнаружены признаки недавнего кровоизлияния в области левой затылочной доли, а также признаки микрокровоизлияний в различные отделы головного мозга.

Анамнез жизни

- До заболевания считал себя практически здоровым.
- Последние 2 года периодически отмечал повышение артериального давления до 160/80 мм рт.ст.
- Вредные привычки отрицает, имеет нормальную физическую активность.

Объективный статус

Пациент в ясном сознании. Артериальное давление – 140/70 мм рт.ст. (на фоне приема антигипертензивных средств), пульс – 60 ударов в минуту, правильный. По данным Краткой шкалы оценки психического статуса пациент набирает 25 из 30 возможных баллов. По госпитальной шкале пациент набирает 4 балла по шкале тревоги и 9 баллов по шкале депрессии. В неврологическом статусе выявлены оживление глоточных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма, выпадение правого поля зрения правого глаза и правого поля зрения левого глаза, ослабление чувствительности справа на лице, туловище и конечностях при нормальной силе в них, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе (отклоняется вправо). Пациент самостоятельно передвигается и полностью себя обслуживает.

Вопросы:

1. Как вы расцениваете чувствительные нарушения у пациента?
2. Как вы расцениваете нарушения зрения у пациента?
3. Для какого синдрома характерны оживление глоточных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма?
4. как следует оценить нарушение равновесия у пациента?
5. Какова наиболее вероятная причина кровоизлияния в затылочную долю у пациента?
6. Как оценить когнитивные функции у пациента по краткой шкале оценки психического статуса?
7. Как оценить эмоциональное состояние пациента по госпитальной шкале тревоги и депрессии?
8. Рекомендуется ли проводить антитромботическую терапию данному пациенту?

9. Рекомендуется ли проводить гиполипидемическую терапию?

10. прием каких препаратов рекомендуется пациенту для коррекции эмоциональных нарушений (субклинически выраженной депрессии) после перенесенного инсульта?

Ситуационная задача 7

Пациент Б. 25 лет доставлен в приемное отделение многопрофильной больницы скорой медицинской помощи бригадой СМП без сознания

Жалоб не предъявляет из-за тяжести состояния.

Анамнез заболевания:

Из анамнеза известно, что бригада была вызвана родственниками пациента. Накануне пациент упал с мотоцикла при движении на низкой скорости и ударился головой об асфальт. В результате травмы, полученной при падении, потерял сознание на непродолжительный период времени. После восстановления сознания возникла головная боль и тошнота. Пациент прекратил поездку и, не обращаясь к врачу, вернулся домой. Через 3 часа он был найден без сознания родственниками, которые вызвали бригаду скорой медицинской помощи

Анамнез жизни:

- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Профессиональных вредностей не имеет.
- Увлекается спортом.
- Хронических заболеваний не имеет.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Масса тела – 62 кг, рост – 170 см. Температура тела – 37,0°C. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Кожные покровы волосистой части головы не изменены. Дыхание спонтанное, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС – 50 в минуту, АД – 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. При осмотре: уровень сознания по шкале ком Глазго – 6 баллов. Сбор жалоб невозможен ввиду нарушения сознания.

В неврологическом статусе: ригидность затылочных мышц. Положительный симптом Кернига. Корнеальные рефлексы и фотореакции зрачков снижены с двух сторон. Зрачки округлой формы, OD > OS, мидриаз справа. Положительные рефлексы орального автоматизма. Сухожильные и периостальные рефлексы с верхних и нижних конечностей выше слева. Отмечается повышение тонуса в разгибателях конечностей, больше слева. Выявлен двухсторонний симптом Бабинского, более отчетливый слева. Ротация левой стопы кнаружи. В ответ на болевое раздражение – некоординированная защитная реакция в правых конечностях, в левых конечностях движений практически нет. Физиологические отправления не контролирует

Вопросы

1. Оцените степень нарушений сознания у пациента
2. Дайте количественную оценку двигательным расстройствам у пациента

3. Дайте качественную оценку двигательным расстройствам у пациента

4. Какой метод исследования является срочным в данной ситуации

Заключение: При КТ головы определяется обширное высокоплотностное образование в форме двояковыпуклой линзы, расположенное в лобно-теменной области справа, общим объёмом 55 см³. Мозг сдавлен, деформирован, отмечается смещение срединных структур мозга влево на 8 мм

5. Сформулируйте диагноз пациенту на основании результатов клинко-инструментальных методов

6. В какое отделение должен быть госпитализирован пациент?

7. Показано ли хирургическое лечение данному пациенту?

8. Какие препараты назначают для купирования судорог?

9. Какие препараты используют для коррекции внутричерепной гипертензии?

10. С каких препаратов следует начинать лечение гиповолемии и артериальной гипотензии следует начинать?

Ситуационная задача 8

Мужчина 70 лет, перенесший год назад ишемический инсульт, обратился к врачу-неврологу в связи с ухудшением состояния с жалобами на слабость в конечностях, онемение в левой половине лица и левых конечностях, насильственный плач, нечеткость речи, затруднение при глотании.

Анамнез заболевания:

Год назад мужчина перенес ишемический инсульт со слабостью и онемением в левых конечностях. Находился на лечении в стационаре, где был установлен диагноз «ишемический инсульт». При МРТ головного мозга в области внутренней капсулы правого полушария головного мозга найдена область ишемического поражения до 10 мм в диаметре. При дуплексном сканировании обнаружены стенозы обеих внутренних сонных артерий до половины диаметра. В биохимическом анализе крови обнаружено повышение общего холестерина до 7,0 ммоль/л, холестерина ЛПНП до 3,5 ммоль/л. На фоне лечения отмечено улучшение состояния, пациент смог самостоятельно ходить и себя обслуживать. После выписки в течение 10 месяцев пациент принимал назначенное лечение, затем отказался от приема амлодипина, глицина, мексидола и кортексина. За месяц до обращения в поликлинику у пациента возникла легкая слабость в правых конечностях, которая уменьшилась в течение 2 суток. В дальнейшем пациент стал отмечать насильственный плач, нечеткость речи, затруднение при глотании, что и послужило поводом для обращения.

Анамнез жизни:

- В течение 20 лет страдает артериальной гипертензией.
- В течение 10 лет страдает сахарным диабетом 2 типа.
- Не курит, алкоголь употребляет в умеренных количествах, имеет низкую физическую активность

Объективный статус:

Пациент в ясном сознании. Артериальное давление – 160/90 мм рт.ст., пульс – 70 ударов в минуту, правильный. По данным Краткой шкалы оценки психического статуса пациент набирает 26 из 30 возможных баллов, по данным госпитальной шкалы тревоги – 3 балла, депрессии – 5 баллов. В неврологическом статусе выявлены насильственный смех, легкие признаки дисфонии и дисфагии, оживление глоточных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма, ослабление чувствительности слева на лице, туловище и конечностях, снижение силы в конечностях до 4 баллов, повышение тонуса в сгибателях рук и разгибателях ног, оживление сухожильных рефлексов с обеих сторон, симптом Бабинского с обеих сторон. Пациент самостоятельно передвигается и полностью себя обслуживает. При МРТ обнаружены новые ишемические очаги в белом веществе обоих полушарий головного мозга диаметром до 10 мм. В биохимическом анализе крови найдено повышение общего холестерина до 7,5 ммоль/л, холестерина ЛПНП до 3,8 ммоль/л. При дуплексном сканировании обнаружены стенозы обеих внутренних сонных артерии до половины диаметра.

Вопросы:

1. Определите тип чувствительных нарушений у пациента
2. как следует расценить двигательные нарушения у пациента по количественному и качественному признакам
3. Насильственный смех, дисфонию и дисфагию, оживление глоточных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма следует расценить как.... синдром .
4. Оцените когнитивные функции по краткой шкале оценки психического статуса у пациента.
5. Оцените эмоциональное состояние пациента по госпитальной шкале тревоги и депрессии.
6. как следует расценить развитие слабости в правых конечностях у пациента?
7. Определите патогенетический подтип повторных ишемических нарушений мозгового кровообращения у пациента.
8. Какова могла быть причина развития повторного ишемического нарушения мозгового кровообращения?
9. Какой препарат рекомендуется назначить пациенту в качестве антитромботической терапии. Рекомендуется ли проводить регулярный контроль показателей крови для оценки эффективности антитромботической терапии?
10. Какой препарат рекомендуется назначить пациенту в качестве гиполипидемической терапии.
11. Показано ли хирургическое лечение на сонных артериях для профилактики повторного ишемического инсульта

Девушка 23 лет поступила в приемное отделение многопрофильной больницы с

жалобами на нарастающую слабость в ногах, затруднения при ходьбе

Из анамнеза заболевания известно, что, слабость в нижних конечностях появилась 4 дня назад. Две недели назад переболела гриппом

Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Профессиональных вредностей не имела.

Аллергические реакции отрицает

Наследственный анамнез: Мать здорова, отец здоров

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 50кг, рост 158 см. Температура тела 36,9⁰С. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 65 в 1 мин, АД 115/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Нижний парапарез 3 балла D=S. Снижение глубокой чувствительности (мышечно-суставное чувство и вибрационная чувствительность)

Неврологический осмотр

Сознание ясное. Ориентирована в месте и времени сохранена. Функции ЧН в норме. Нижний парапарез 3 балла D=S. Сухожильные рефлексy с нижних конечностей отсутствуют. Патологических рефлексов не выявлено. Тонус мышц нижних конечностей умеренно снижен. Пальценосовую пробу выполняет удовлетворительно

Снижение глубокой чувствительности (мышечно-суставное чувство и вибрационная чувствительность) в нижних конечностях. Функции тазовых органов контролирует

Результаты инструментального исследования

Электронейромиография

ЭНМГ признаки демиелинизирующего поражения периферических нервов конечностей

Вопросы:

1.Перечислите основные критерии для постановки диагноза у данного пациента

2 Какой из перечисленных методов инструментального исследования является наиболее информативным для уточнения диагноза у данного пациента?

КТ-ангиография артерий нижних конечностей? УЗИ вен нижних конечностей? Электронейромиография? МРТ головного мозга?

3 Сформулируйте предполагаемый диагноз у данного пациента

4. Какие препараты внутривенного человеческого иммуноглобулина используются для иммунотерапии? Какова доза внутривенной иммунотерапии?
5. Какие состояния являются противопоказанием к программному плазмаферезу является
6. У какого процента больных с данной патологией наблюдается стойкий неврологический дефицит?
7. Какое состояние является неблагоприятным прогностическим фактором?
8. Какой признак вызывает сомнения в данном диагнозе? С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциально-диагностический поиск?
9. Показана ли люмбальная пункция данной пациентке? На какие сутки от развития параличей необходимо проводить данное исследование
10. Какие изменения в спинно-мозговой жидкости Вы ожидаете увидеть у данной пациентки?

Ситуационная задача 10

Женщина 45 лет доставлена бригадой скорой медицинской помощи в городскую клиническую больницу с жалобами на чувство нехватки воздуха

Анамнез заболевания

В течение последних суток ощущает слабость в конечностях, одышку. Данная симптоматика варьирует в течение суток, отмечается ее прогрессирование. С трудом откашливает мокроту. Прием лекарственных препаратов отрицает.

Анамнез жизни

- Гипертоническая болезнь 1 ст. Ожирение. Оперативные вмешательства: отрицает. Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки: отрицает.
- Эпид. анамнез: контакты с инфекционными, лихорадящими больными, укусы животных и клещей, пребывание в эпидемически опасных очагах отрицает.

Объективно при поступлении: состояние средней степени тяжести. Пассивное положение. Кожные покровы и видимые слизистые цианотичные. Степень цианоза: умеренный. АД 135/70 мм рт. ст., ЧСС 90 уд. в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные, шумов нет. В легких выслушивается жесткое дыхание, выслушиваются влажные хрипы с обеих сторон. Проводится инсуффляция кислородом с потоком 6 л/мин. SaO₂ без ингаляции кислородом 82%. ЧДД 26-27 в мин. При дыхании разнонаправленные движения грудной и передней брюшной стенки. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Тазовые функции не нарушены.

Неврологический статус при поступлении: Сознание ясное.

Менингеальных знаков нет. Глазные щели, зрачки D=S. Объем движения глазных яблок полный. Левосторонний птоз. Слабость мимической мускулатуры. Кашлевой рефлекс сохранен. Мокроту откашливает плохо.

Провисание мягкого неба. Назолалия. Вялый симметричный тетрапарез со снижением мышечной силы в проксимальных отделах до плегии. Слабость глубоких мышц шеи: не может оторвать голову от подушки. Кашлевой толчок abs. Слабость мышц спины. Мышечный тонус снижен. Сухожильные рефлексы сохранены. Патологических знаков нет. Чувствительных нарушений нет.

Результаты обследования

Прозериновая проба

На фоне однократного введения 2,0 мл 0,05 % раствора прозерина спустя 40 минут отмечалось нарастание мышечной силы в бульбарной, аксиальной мускулатуре, а также в конечностях.

Декремент-тест

При стимуляции частотой 3 Гц выявлен декремент амплитуды М-ответа – 24%.

Иммунологическое исследование

Титр антител к ацетилхолиновым рецепторам – 0.88 нмоль/л (норма до 0,5).

Результаты

Исследование нервно-мышечного джиттера

Джиттер для m. rectus femoris составил 120 мкс (в норме до 50 мкс)

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз данного пациента. Какие исследования необходимы для подтверждения данного диагноза?

2. Какое исследование помимо классического теста имеет диагностическую ценность при нейрофизиологическом исследовании?

3. Какой диагноз можно предположить у данной больной на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований? Какая форма заболевания наиболее вероятна у пациентки?

4. Выберите тактику первой линии лечения у пациентки с учетом выраженной неврологической и соматической патологии. Определите объем хирургического лечения

5. Какой из кортикостероидов является препаратом первой линии долгосрочной иммуносупрессивной терапии?

6. Какой из цитостатиков является препаратом первой линии долгосрочной иммуносупрессивной терапии?

7. В каком случае, помимо купирования миастенического криза, используется экстракорпоральная терапия при этом заболевании?

8. Когда рекомендовано назначение ингибиторов ацетилхолинэстеразы?

9. Какова природа данного заболевания?

10. О чем свидетельствует наличие антител к вольтаж-зависимым кальциевым каналам синапса?

Ситуационная задача 11

Женщина 47 лет обратилась к врачу-неврологу с жалобами на онемение и парестезии первого, второго и третьего пальцев правой кисти, жгучие и ноющие боли в области правой кисти, периодически возникающая слабость при сгибании пальцев правой кисти

Анамнез заболевания

На протяжении последних 6-8 месяцев беспокоят нарастающие парестезии первого, второго и третьего пальцев правой кисти, боли в области правой кисти (преимущественно по ладонной поверхности), усиливающиеся после нагрузки (игры на пианино, работы на компьютере).

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: Хронический панкреатит вне обострения. Остеохондроз шейного отдела позвоночника вне обострения.

Профессиональный анамнез: музыкант по образованию (пианист)

Вредные привычки: курит последние 20 лет (1/2 пачки в день), алкоголь и наркотики не употребляет.

Наследственный анамнез: мать - 70 лет, перенесла инфаркт миокарда, отец - 72 года перенес 2 инсульта

Объективный статус

Объективно: гиперстенического телосложения. Состояние удовлетворительное. АД – 140/90 мм рт.ст. Пульс – 80 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные, шумов нет. Парадоксальное дыхание. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. ЧДД – 18 в минуту.

Неврологический статус: ориентация в месте, времени, собственной личности сохранена, контактна, фон настроения не снижен, критика к своему состоянию сохранена. Общемозговые симптомы отсутствуют. Менингеальных симптомов нет. Сухожильные рефлексы на руках и ногах живые - D=S. Отмечается парез сгибателей I–III пальцев правой кисти до 4 баллов, тест Тинеля и тест Фалена положительные, мышечной гипотрофии нет. Мышечная сила в ногах и руках сохранена. Координаторных, тазовых нарушений нет.

Результаты

Электронейромиография

ЭНМГ срединного нерва на уровне правого запястья:

удлинение дистальной латентности суммарного чувствительного потенциала - 5мс (N менее 2,5мс)

снижение скорости распространения возбуждения по сенсорным волокнам - 41м/с (N более 42м/с)

удлинение дистальной латентности суммарного мышечного потенциала - 5,2мс (N менее 4 мс)

снижение скорости распространения возбуждения по моторным волокнам - 41м/с (N более 48м/с)

Заключение: ЭНМГ-признаки мото-сенсорного поражения срединного нерва справа

Результаты инструментального метода обследования УЗИ срединного нерва

Площадь поперечного сечения срединного нерва:

у входа в запястный канал 12мм^2 (N 9мм^2)

у выхода из запястного канала 15мм^2 (N 11мм^2).

УЗ - признаки утолщения срединного нерва справа.

Вопросы:

1. Сформулируйте топический диагноз. Какой метод исследования является наиболее информативным для подтверждения диагноза.
2. Какой инструментальный метод исследования необходим для уточнения диагноза у данного пациента?
3. Сформулируйте предполагаемый диагноз у данной больной на основании результатов клинических и инструментальных методов обследования.
4. Какой инструментальный метод необходим для дифференциальной диагностики уровня поражения нерва
5. Уточните наиболее вероятную причину развития данной патологии у пациентки.
6. Какая консервативная терапия показана пациентке?
7. Какие препараты для терапии нейропатической боли у данной пациентки в качестве препаратов первой линии?
8. Какие препараты для терапии нейропатической боли из группы антиконвульсантов относятся к первой линии? В какой дозе необходимо назначить препарат?
9. Какие препараты показаны в качестве дополнительной терапии данной пациентки? Какие препараты из группы антиконвульсантов применяется в качестве второй линии для терапии нейропатической боли?
10. С какой частотой происходит компенсация двигательных расстройств при правильной диагностике и своевременном назначении адекватных методов лечения у пациентов с мононевропатиями?

Ситуационная задача 21

Женщина 60 лет пришла на консультацию к врачу-неврологу с жалобами на слабость в руках, нечеткость речи, поперхивание твердой и жидкой пищей, эпизодические судороги в икроножных мышцах в ночное время, похудание на 10 кг за последние два года.

Из анамнеза заболевания известно:

Весной 2 года назад стала отмечать затруднение глотания, которое постепенно прогрессировало. После смены консистенции пищи на протертую стала глотать лучше. С этого времени отмечает снижение массы тела на 10 кг, связывает с изменением диеты из-за трудностей глотания. С весны

прошлого года появилась и стала нарастать слабость в руках, родственники отметили изменение речи.

Анамнез жизни

Артериальная гипертония. Хронический гастрит. Хроническая обструктивная болезнь легких. Курила по 1-2 пачки сигарет в день в течение 15 лет, отказалась от курения 3 года назад. Профессиональные вредности отрицает. Перенесенные операции: аппендэктомия в 35 лет.

Гинекологический анамнез: 3 беременности, 2 аборта, 1 самостоятельные роды. Менопауза с 49 лет.

Наследственный анамнез: отец пациентки умер в 67 лет, в последние годы жизни наблюдались сходные симптомы (нарушение глотания, слабость в конечностях).

Аллергологический анамнез: аллергия на новокаин в виде отека Квинке.

Объективный статус

Соматический статус: состояние удовлетворительное. Рост – 158 см, масса тела – 59 кг. АД – 135/85 мм рт.ст. Пульс – 68 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул регулярный. Дизурии нет.

Неврологический статус: сознание ясное, контактна, тревожна. Ориентирована правильно. Менингеальных симптомов нет. Глазные щели, зрачки равные. Реакция зрачков на свет сохранена. Движения глазных яблок в полном объеме. Конвергенция сохранена. Диплопии нет. Установочный нистагм в крайних отведениях. Чувствительность на лице сохранена. Точки выхода ветвей тройничных нервов безболезненны. Лицо симметрично. Слух сохранен. Умеренная дизартрия, дисфония. Дисфагия, преимущественно твердой пищей. Сила мышц шеи сохранена. Язык при выведении из полости рта по средней линии. Мышечная сила снижена в левой руке до 3 баллов, в правой руке до 3,5 баллов, в проксимальном отделе левой ноги до 4 баллов. Мышечный тонус не изменен. Гипотрофия мышц плечевого пояса с двух сторон, тенара справа, межкостных мышц кистей и стоп, мышц голени D>S. Спонтанные фасцикуляции в проксимальных мышцах рук, ног, грудных мышцах. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, без четкой разницы сторон. Кистевой аналог рефлекса Россолимо с двух сторон. Походка не изменена. Координаторные пробы выполняет с интенцией, легкой дисметрией. В пробе Ромберга пошатывается. Четких расстройств чувствительности не выявлено. Дизурических явлений нет. Стул регулярный.

Вопросы:

1.Какой лабораторный метод обследования является специфическим для постановки диагноза в данной ситуации?

2. Какие инструментальные методы обследования необходимы для постановки диагноза?
3. Сформулируйте предполагаемый диагноз. Какую форму данного заболевания можно предположить у пациентки
4. Какие препараты следует применять для лечения спастичности у таких пациентов?
5. Какова тактика при нарушениях дыхания у пациентов с данным заболеванием?
6. Какие препараты следует применять для лечения фасцикуляций, крампи у таких пациентов?
7. Какие препараты можно применять для контроля саливации у пациентов с данным заболеванием?
8. Какая терапия является основной при данном заболевании?
9. На каком уровне поражен периферический мотонейрон при развитии парез и фасцикуляций в мышцах рук?
10. Признаком какого поражения являются клонусы стоп?

Ситуационная задача 22

Пациент 64 лет поступил в клинику по поводу внезапно развившейся слабости в конечностях.

При поступлении предъявляет жалобы на слабость в левых конечностях, асимметрию лица.

Анамнез заболевания

Заболел остро. Утром после сна внезапно развились асимметрия лица, слабость в левых конечностях. В стационар доставлен через 1,5 часа от появления симптоматики.

Анамнез жизни

В анамнезе у пациента умеренная артериальная гипертензия. 7 лет назад перенес мелкоочаговый инфаркт миокарда. В течение последнего года имели место два эпизода быстро проходящей слабости в левых конечностях.

Объективный статус

При поступлении у больного АД – 170/90 мм рт.ст., пульс – 74 в минуту, ритм сердца правильный. Аускультативно слева над проекцией внутренней сонной артерии выслушивается систолический шум. Снижена пульсация на обеих а. dorsalis pedis.

В легких дыхание везикулярное. ЧДД – 18 в минуту. неврологическом статусе: состояние средней тяжести. Менингеального синдрома нет. Больной в ясном сознании. Легкая дизартрия. Выпадение левых полей зрения.

Глазодвигательных нарушений нет. Сглажена левая носогубная складка.

Язык девирует влево. Левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 2 баллов в руке и 3 баллов в ноге. Сухожильная гиперрефлексия слева. Гемигипестезия слева. Координаторных нарушений нет. Вызываются рефлекс орального автоматизма.

Вопросы:

1. Какому синдрому соответствует имеющаяся у пациента симптоматика?
2. Какую лабораторную диагностику необходимо провести пациенту для уточнения патогенетического варианта заболевания?
3. Какой патогенетический вариант заболевания диагностирован у пациента с учетом выявленных изменений?
4. Сформулируйте основной диагноз с учетом данных дополнительного обследования
5. Какое время является терапевтическим окном для тромболитической терапии?
6. Какова рекомендованная пациенту доза тромболитика (алтеплазы) для проведения системного тромболизиса?
7. Как часто проводят оценку неврологического статуса по шкале инсульта NIHSS во время введения тромболитика?
8. Какой препарат следует назначить пациенту в качестве вторичной профилактики?
9. Через какое время после проведения системного тромболизиса могут быть назначены антиагреганты?
10. Какое лечение рекомендовано в случае осложнения тромболитической терапии в виде угрожающего продолжающегося кровотечения?

Ситуационная задача 23

Женщина 42 лет обратилась на амбулаторный прием к врачу-неврологу с жалобами на асимметрию лица, невозможность закрыть правый глаз, слезотечение из правого глаза, выпадение пищи изо рта.

Из Анамнеза заболевания известно, что утром пациентка в зеркале отметила асимметрию правой половины лица: опустился угол рта, правый глаз не закрывался. Известно, что накануне, пациентка ехала на автомобиле с открытым окном, после чего вечером появилась боль за правым ухом с иррадиацией в правую половину лица. Наутро появились вышеописанные жалобы. Пациентка самостоятельно лечилась препаратами никотиновой кислоты, витаминами группы В (внутримышечно) без положительного эффекта.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ 3-4 раза в год. Хронические заболевания отрицает.

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными и лихорадящими больными отрицает.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Объективный статус

Объективно: состояние удовлетворительное. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 72 уд в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 16 в мин.

Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул регулярный. Дизурии нет. Высыпаний на коже нет.

Сознание ясное. В месте, времени и собственной личности ориентирована правильно. Контактна. Тревожна. Менингеальных симптомов нет. Поля зрения не нарушены, глазные щели $S>D$. Зрачки равные, фотореакция прямая и содружественная, реакция на конвергенцию и аккомодацию живая, симметричная. Движения глазных яблок в полном объеме. Диплопии и нистагма нет. Чувствительность на лице не изменена, точки выхода тройничного нерва безболезненны с двух сторон. Правосторонний прозопарез: сглаженность складок лба, невозможность поднять бровь, лагофthalm, слезотечение, щека “парусит”, угол рта опущен, при оскале асимметрия. Гиперакузии нет, вкусовая чувствительность не нарушена. Симптом Белла положительный справа. Слух не нарушен. Нистагма нет. Дизартрии, дисфонии, дисфагии нет. Язык по средней линии. Парезов нет. Сухожильные рефлексы в руках и ногах живые, $S=D$. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В пробе Ромберга устойчива. Функции тазовых органов не нарушены.

Результаты инструментального метода обследования

Электронейромиография

Величина М-ответа правого лицевого нерва составляет 30% по сравнению с левым.

Вопросы

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз
2. По какому типу наблюдается поражение лицевого нерва у пациентки?
3. Какой метод инструментальной диагностики необходим для подтверждения диагноза и оценки динамики течения заболевания?
4. Какова этиология данного заболевания?
5. Какие препараты показаны для лечения невралгии лицевого нерва
6. Какое лечение показано данной пациентке?
7. Какова Эффективная доза преднизолона, назначаемой сразу после установления диагноза?
8. Укажите причину гиперакузии, возникающей при невралгии лицевого нерва
9. В каких условиях должно проводиться дальнейшее обследование и лечение пациентки

Ситуационная задача 24

Мужчина 42 лет обратился к врачу-неврологу с жалобами на онемение, жжение, покалывание в стопах, пальцах рук, слабость в ногах, неустойчивость при ходьбе, особенно в темноте

Анамнез заболевания

Онемение, жжение, покалывание в стопах появилось 3-4 месяца назад, затем постепенно пациент стал отмечать неустойчивость и пошатывание при ходьбе по улице в темное время суток, около месяца присоединилась слабость в ногах и онемение пальцев рук. Злоупотребляет алкоголем около 10 лет.

Анамнез жизни

Хронических заболеваний нет. Курит, злоупотребляет алкоголем. Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Масса тела – 76 кг, рост – 174 см. Температура тела – 36,5 °С. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 77 в минуту. Артериальное давление – 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное. Стул был вчера. Сознание ясное. Менингеальных симптомов нет. Глазные щели, зрачки равные, реакция зрачков на свет живая, лицо симметричное, язык во рту по средней линии. Слабость до 4 баллов в дистальных отделах рук и до 3 баллов в дистальных отделах ног, гипотрофия мышц конечностей с преобладанием в дистальных отделах, отсутствие ахилловых и карпорадиальных рефлексов, снижение всех видов чувствительности по типу «перчаток» и «носков», положительная проба Ромберга, промахивание при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной проб с закрытыми глазами.

Результат инструментального метода обследования

Электронейромиография

Выявлено значительное снижение амплитуды мышечных ответов при относительно небольшом замедлении скорости проведения возбуждения по двигательным волокнам малоберцового и большеберцового нервов.

Вопросы

1. Какой тип расстройства чувствительности отмечается у пациента?
2. Чем представлены двигательные нарушения у пациента?
3. Какой инструментальный метод исследования необходим для постановки диагноза?
4. Сформулируйте предполагаемый основной диагноз?
5. Какая форма заболевания отмечается у пациента?
6. Какие изменения характерны для данного заболевания по данным электронейромиографии?
7. Дефицит какого витамина играет важную роль в патогенезе данного заболевания?
8. Какую диету направляют при лечении данного заболевания?

9. Назначение какого препарата целесообразно для лечения нейропатической боли у пациентов с данным заболеванием и для улучшения метаболических процессов в периферических нервах?
10. Какой антидепрессант является наиболее эффективным для лечения болевого синдрома при данном заболевании?

Ситуационная задача 25

Мальчик, 7 лет, заболел остро с повышением температуры тела до 40 °С, ознобом, потливостью, общей слабостью, сильными нарастающими головными болями, рвотой. Температура тела при приеме парацетамола не снижалась, поэтому мать вызвала неотложную помощь. Врач диагностировал приглушение тонов сердца, изменение частоты пульса, неустойчивость артериального давления. Была выявлена ригидность мышц шеи. Был срочно госпитализирован.

Жалобы при госпитализации на выраженную диффузную головную боль, усиливающуюся в горизонтальном положении, повышение температуры, общую слабость, фото- и фонофобию.

Анамнез заболевания

Острому началу заболевания предшествовало появление насморка и легкого кашля за 3 дня. При осмотре участковым педиатром обращали на себя внимание гиперемия и отечность задней стенки глотки с гипертрофией лимфоидных образований на ней. Гиперемия имела синюшный оттенок. Был поставлен диагноз ОРВИ, назофарингит и назначены сосудосуживающие и общеукрепляющие препараты. Проводимое лечение какого-либо положительного эффекта не оказало.

Анамнез жизни

Родился в срок, доношенный, вес при рождении – 3450 г, оценка по шкале Апгар – 9 баллов

Прививки по возрасту

Страдает частыми респираторными заболеваниями до 8 раз в год

Учится в 1 классе

Аллергия на цитрусовые

Объективный статус

Состояние тяжелое. Вес 26 кг, рост 145 см. Температура тела 39,9°С.

Видимые слизистые отечны, гиперемированы, увеличены лимфоидные образования глотки, кожные покровы бледные, влажные. На коже головы, лица и внутренней поверхности бедер геморрагические петехии.

Дыхание везикулярное. ЧДД – 25 в минуту.

Гемодинамические показатели нестабильные, тоны сердца приглушенные, ритм правильный, ЧСС 85 уд в мин, АД 110/70 мм рт.ст.

Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Печень слегка увеличена в размерах. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

Неврологический статус:

Сознание – оглушен, ориентировка в месте и времени сохранена. Фото- и фонофобия.

Краниальная иннервация: Запахи различает. Поля зрения не ограничены. Глазодвигательных расстройств нет. Расстройств чувствительности на лице нет. Лицо симметрично. Нарушений функции жевательных, височных мышц и их гипотрофий не выявлено. Роговичный рефлекс сохранен, Язык по средней линии.

Парезов нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно, хотя и несколько замедленно, интенции нет. Чувствительных нарушений нет.

Выявляется ригидность затылочных мышц на 4 поперечных пальца, положительные симптомы Кернига, Брудзинского.

Вопросы

1. Перечислите основные лабораторные методы диагностики, которые необходимо провести данному больному?
2. Каким путем возбудитель при этом заболевании может попадать на оболочки мозга?
3. Какая характеристика сыпи в данной клинической ситуации важна для проведения дифференциальной диагностики?
4. Сформулируйте и обоснуйте диагноз пациента. Уточните, на основании каких лабораторных данных данному пациенту можно выставить диагноз.
5. В какое отделение должна осуществляться госпитализация данного пациента
6. Что относится к этиотропной терапии? Уточните дозировку и кратность введения препаратов.
7. Введение каких препаратов рекомендовано в качестве патогенетической терапии данному пациенту?
8. Какое физиотерапевтическое лечение позволяет назначить пациенту наличие в анамнезе пациента начала заболевания с назофарингита?
9. Как часто проводится Диспансерное наблюдение после выписки из стационара?
10. При каких формах может осуществляться амбулаторное лечение данных пациентов?

Ситуационная задача 26

Женщина 54 лет обратилась к врачу-неврологу с **жалобами** на боли по наружной поверхности обеих голени, чувство онемения, ползание «мурашек» в стопах.

Анамнез заболевания известно, что боли по наружной поверхности обеих голени возникли около 2 месяцев назад, около месяца назад присоединилось ощущение онемения, ползание «мурашек» в стопах, в течение последней недели боли в ногах значительно усилились.

Анамнез жизни

Страдает артериальной гипертензией около 7 лет, отмечает подъемы артериального давления до 190/100 мм рт.ст., постоянно принимает конкор 5 мг утром.

В течение 4 месяцев принимает таблетки изониазид в дозе 600 мг в сутки для профилактики туберкулеза, поскольку сыну пациентки, проживавшему с ней в одной квартире, был поставлен диагноз «инфильтративный туберкулез легких, двухсторонний, в фазе распада и обсеменения, МБТ+». Не курит, алкоголь не употребляет. Профессиональных вредностей не имеет

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Масса тела – 56 кг, рост – 162 см. Температура тела – 36,5 °С. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, отмечается акцент второго тона над аортой. Частота сердечных сокращений – 77 в минуту. Артериальное давление – 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное. Стул регулярный.

В неврологическом статусе: сознание ясное. Менингеальных симптомов нет. Глазные щели, зрачки равные, реакция зрачков на свет живая, лицо симметричное, язык – по средней линии. Парезов нет. Сухожильные рефлексы симметрично снижены, коленные, ахилловы рефлексы отсутствуют с двух сторон, патологических рефлексов нет, отмечается снижение всех видов чувствительности в ногах по типу «носков» с гиперпатией по наружной поверхности голени, положительная проба Ромберга, пальце-носовую пробу выполняет удовлетворительно, пяточно-коленную пробу выполняет с промахиванием с закрытыми глазами.

Вопросы

1. Какой ведущий неврологический синдром у данного пациента?
2. Какой тип расстройства чувствительности отмечается у пациентки?
3. Какой метод инструментального обследования необходим для подтверждения диагноза? Ознакомьтесь с результатами и дайте заключение.

Электронеуромиография

Выявлено значительное снижение амплитуды сенсорных ответов и умеренное снижение скорости проведения возбуждения по чувствительным волокнам нервов ног.

4. Сформулируйте топический и клинический диагноз
5. Снижение какого витамина является важным патогенетическим фактором лекарственной полинейропатии при приеме изониазида?
6. Какое условие является необходимым условием для эффективного лечения лекарственной полинейропатии, вызванной приемом изониазида?
7. Какой препарат необходимо назначить для профилактики развития лекарственной полинейропатии при назначении изониазида?
8. Какой препарат является препаратом выбора для лечения нейропатической боли у пациентов с лекарственной полинейропатией?
9. Назначение какого препарата показано для улучшения метаболизма в периферических нервах при лекарственной полинейропатии?
10. На какой срок назначают витамин В6 для профилактики развития лекарственной полинейропатии при назначении изониазида?

Ситуационная задача 27

Мужчина 45 лет доставлен в клинику бригадой скорой помощи в тяжелом состоянии с **жалобами** на повышение температуры до 39,5°C, слабость, снижение аппетита, сонливость, головную боль, тошноту, боли в мышцах и суставах, однократный генерализованный судорожный эпилептический приступ.

Из анамнеза заболевания известно, что в день госпитализации у пациента развился генерализованный судорожный эпилептический припадок, в связи с чем вызвал бригаду скорой медицинской помощи. За две недели до обращения в стационар внезапно поднялась температура до 37,8 °С, которая через 6 дней снизилась до нормальных показателей, и еще через сутки увеличилась до 39°C, за три дня до обращения возникли вышеуказанные жалобы. Выяснилось, что за 3 недели до заболевания пациент вернулся из отпуска, который провел на Алтае.

Анамнез жизни

До настоящего заболевания был практически здоров.

Перенес аппендэктомию в возрасте 10 лет.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

При поступлении: состояние тяжелое. Обращает внимание инъекция сосудов склер и конъюнктив, гиперемия лица, шеи и верхней половины туловища, выраженная гиперемия слизистой оболочки ротоглотки. Температура тела – 39,7°C, АД – 130/80 мм рт.ст., пульс – 88 в минуту, ритмичный, тоны сердца приглушены. Дыхание шумное, ритмичное, ЧДД – 24 в минуту.

Неврологический статус: уровень сознания – оглушение, на вопросы отвечает после длительного латентного периода. Светобоязнь.

Положительные симптомы Бехтерева, Мондонези. Небольшая ригидность затылочных мышц. Зрачки равны, реакция на свет сохранена. Легкое расходящееся косоглазие с двух сторон. Сглажена правая носогубная складка. Нарушено глотание, поперхивается, особенно жидкой пищей, гнусавый оттенок голоса. Небный и глоточный рефлекс не вызываются. Язык девирует вправо, фасцикулярные подергивания в мышцах языка. Парезов нет. Сухожильные рефлекс симметричные. Горизонтальный мелкоамашистый нистагм при взгляде в стороны. Выявляется слабость мышц шеи. Не может удерживать голову ровно, голова свисает вперед. Фибриллярные подергивания в трапециевидной и грудино-ключично-сосцевидной мышцах. Не может поднять плечи выше горизонтальной линии (пожать плечами). Нарушений чувствительности нет.

Вопросы

1. Выделите ведущие неврологические синдромы у пациента.
2. Поражением какой структуры обусловлены фибриллярные подергивания в трапециевидной и грудино-ключично-сосцевидной мышцах?
3. К какой группе предположительно относится заболевание пациента?
4. Какие лабораторные методы исследования, необходимым для постановки клинического диагноза?
5. Какие исследования показаны для определения степени тяжести поражения головного мозга проводят?
6. С учетом клиники и данных дополнительных методов обследования выставляется диагноз
7. Форма заболевания с учетом клинической картины соответствует
8. Какое лечение данного заболевания следует считать этиотропным
9. Какая терапия КЭ является патогенетической?
10. Назначение какого препарата показано при быстро прогрессирующей клинике отека мозга?

Ситуационная задача 28

Пациент 63 лет, поступил в клинику по поводу остро развившихся нарушений речи и слабости в конечностях.

При поступлении предъявляет жалобы на нарушение речи, слабость в правых конечностях

Анамнез заболевания

Заболел остро – развились нарушения речи, слабость в правой руке, спустя 20 минут – в правой ноге. Двигательные нарушения максимально выросли в течение часа. В стационар доставлен спустя 7 часов от развития симптоматики.

Анамнез жизни

В анамнезе у пациента умеренная артериальная гипертензия, синдром перемежающейся хромоты. 5 лет назад перенес мелкоочаговый инфаркт миокарда. В течение последнего года имели место два эпизода быстро проходящей слабости в правых конечностях.

Объективный статус

При поступлении у больного АД – 170/90 мм рт.ст., пульс – 76 в минуту, ритм сердца правильный. Аускультативно слева над проекцией внутренней сонной артерии выслушивается систолический шум. Снижена пульсация на обеих а. dorsalis pedis. В легких дыхание везикулярное. ЧДД – 18 в минуту. В неврологическом статусе: состояние средней тяжести. Больной в ясном сознании. Скуловой симптом Бехтерева слева. Собственная речь затруднена, малопонятна. Литеральные парафазии, замены близких по артикуляции звуков. Обращенную речь понимает, выполняет простые инструкции. Выраженная оральная апраксия. Снижен правый корнеальный рефлекс. Парез мимических мышц по центральному типу справа. Язык девирует вправо. Легкий правосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3,5-4 баллов. Сухожильная гиперрефлексия справа. Гемигипестезия справа. Координаторных нарушений нет. Вызываются рефлексы орального автоматизма

Вопросы:

1. Какому синдрому соответствует имеющаяся у пациента симптоматика в виде затруднения собственной речи, литературных парафазий, замены близких по артикуляции звуков, выраженной оральной апраксии при понимании обращенной речи?
2. Для поражения какой доли мозга характерны речевые нарушения, имеющиеся у пациента?
3. Какое исследование необходимо выполнить пациенту для постановки диагноза? Как можно трактовать выявленные изменения на компьютерной томограмме в виде гиподенсивного очага в бассейне кровоснабжения левой средней мозговой артерии.

4. Какие исследования необходимо провести для уточнения патогенетического варианта инсульта?
5. Оцените результаты обследования пациента, определите и обоснуйте патогенетический вариант инсульта

Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий

Признаки грубого атеросклеротического поражения сосудов. Стеноз левой внутренней сонной артерии до 75%.

Электрокардиография

Ритм синусовый. ЧСС – 78 в минуту. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

Сформулируйте клинический диагноз

Какое время от развития инсульта считается терапевтическим окном для тромболитической терапии?

На каких цифрах, выше оптимальных должно поддерживаться систолическое и диастолическое АД в острейший период ишемического инсульта?

Какой препарат следует назначить пациенту в качестве вторичной профилактики?.

Какие манипуляции следует выполнить пациенту с симптомным стенозом сонной артерии в качестве профилактики в течение 6 месяцев от момента инсульта?

Ситуационная задача 29

Девочка 14 лет обратилась за консультативной помощью к врачу-неврологу с **жалобами:**

на боли в ногах, слабость мышц ног, затруднения при ходьбе, ощущение онемения кистей и стоп, расстройство стула в виде запора, периодически возникающие приступы сердцебиения

Анамнез заболевания

Заболела остро 2 недели назад, когда появились боли и слабость в ногах, ощущение онемения стоп. В течение последующих 10 дней симптомы нарастали, из-за слабости в ногах появились затруднения при подъеме и спуске по лестнице, присоединилось ощущение онемения кистей и стоп, приступы сердцебиения, запоры. Месяц назад пациентка вернулась из Китая, где переболела кампилобактериозом.

Анамнез жизни

Родилась в срок, росла и развивалась нормально. Привита по возрасту.

Хронических заболеваний не имеет. Вредных привычек не имеет.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 55 кг, рост 167 см. Температура тела 36,6⁰С.

Видимые слизистые физиологической окраски, кожные покровы чистые.

Дыхание везикулярное. ЧД Д– 17 в минуту. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 95 уд в мин, АД 120/80 мм.рт.ст.

Живот умеренно вздут, не напряжен, при пальпации умеренно болезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул нерегулярный, склонность к запорам.

Неврологический статус.

Сознание ясное; черепные нервы – без патологии. Симметричный, вялый тетрапарез: до 3 баллов в ногах и 4 баллов в руках. Сухожильная арефлексия, Патологических рефлексов нет. Снижение всех видов чувствительности в виде «носков» и «перчаток». Походка паретическая. Динамические координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Тазовые функции контролирует.

Вопросы

1. Какое лабораторное обследование необходимо провести пациентке для постановки диагноза?
2. Какой нейрофизиологический метод обследования является наиболее информативным для данной пациентки?
3. Какой диагноз является наиболее вероятным с учетом данных анамнеза, клинического неврологического осмотра, лабораторных и инструментальных исследований у данной пациентки?
4. Какой препарат рекомендован в качестве патогенетической терапии первой линии в данном клиническом случае?
5. Какой метод патогенетической терапии в данном клиническом случае является дополнительным?
6. В каких условиях необходимо проводить лечение данной пациентки?
7. Назовите наиболее вероятные осложнения данного заболевания.
8. Какое течение характерно для данного заболевания?
9. Какая клиническая форма синдрома данного заболевания является наиболее часто встречающейся?
10. Сколько времени составляет длительность периода нарастания неврологической симптоматики при данном заболевании

Ситуационная задача 30

Студент 18 лет доставлен доставлен в клинику бригадой скорой помощи из ночного клуба, где внезапно упал, наблюдались тонико-клонические судороги, непроизвольное мочеиспускание. Судороги прекратились через 2 минуты, после чего больной уснул

Из анамнеза заболевания известно: накануне сдавал экзамены, поздно ложился спать, долго занимался, работал с компьютером.

Анамнез жизни: наркотические вещества, алкоголь не употребляет, травм головы, нейроинфекций ранее не переносил. В детском возрасте

наблюдались кратковременные эпизоды выключения сознания (несколько секунд) и застывания в определенной позе. Сестра больного страдает эпилепсией с детства.

В неврологическом статусе при осмотре очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Вопросы: 1. Какой объем обследования необходим для постановки диагноза данному пациенту?

2. Дайте характеристику типу припадка у данного пациента.
3. Сформулируйте предварительный диагноз для данного пациента
4. Укажите провоцирующие факторы для развития припадка для данного пациента
5. Какой объем дополнительных исследований необходим для подтверждения диагноза?
6. Какой препарат предпочтителен для стартовой терапии данного заболевания?
7. Какая дозировка предпочтительна?
8. Какова продолжительность терапии для данного пациента?



МИНИСТЕРСТВА НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Школа медицины
Департамент ординатуры и дополнительного образования

ПРОТОКОЛ № _____
заседания государственной экзаменационной подкомиссии по приему
государственного экзамена по специальности подготовки (I этап ГИА)

(наименование специальности)
« _____ » _____ 20 ____ г.

Присутствовали:

Председатель ГЭК: _____ /ФИО/

Члены государственной
экзаменационной комиссии: _____ /ФИО/

Секретарь подкомиссии: _____ /ФИО/

Количество заданных вопросов при проведении аттестационного тестирования – 100

Количество правильных ответов при проведении аттестационного тестирования - _____

Оценка _____

Постановили:

Признать, что ординатор _____

сдал государственный экзамен с оценкой: _____

Председатель ГЭК _____ / _____ /

Секретарь ГЭК _____ / _____ /



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Школа медицины
Департамент ординатуры и дополнительного образования

ПРОТОКОЛ № _____
заседания государственной экзаменационной подкомиссии по приему
государственного экзамена по специальности подготовки
(II этап ГИА-практические навыки))

(наименование специальности)
« _____ » _____ 20 ____ г.

Присутствовали:

Председатель ГЭК: _____ /ФИО/

Члены государственной
экзаменационной комиссии: _____ /ФИО/

Секретарь подкомиссии: _____ /ФИО/

Экзаменационный билет № _____

Вопросы:

1. _____
2. _____
3. _____

Постановили:

Признать, что ординатор _____
сдал государственный экзамен с оценкой: _____

Председатель ГЭК _____ / _____ /

Секретарь ГЭК _____ / _____ /



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Школа медицины
Департамент ординатуры и дополнительного образования

ПРОТОКОЛ № _____
заседания государственной экзаменационной подкомиссии по приему
государственного экзамена по специальности подготовки
(III этап ГИА-устное собеседование)

(наименование специальности)

« _____ » _____ 20 ____ г.

Присутствовали:

Председатель ГЭК: _____ /ФИО/

Члены государственной
экзаменационной комиссии: _____ /ФИО/

Секретарь подкомиссии: _____ /ФИО/

Экзаменационный билет № _____

Вопросы:

1. _____

2. _____

3. _____

Постановили:

Признать, что ординатор _____
сдал государственный экзамен с оценкой: _____

Председатель ГЭК _____ / _____ /

Секретарь ГЭК _____ / _____ /



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего
образования
«Дальневосточный федеральный университет»
(ДФУ)
ШКОЛА МЕДИЦИНЫ
Департамент ординатуры и дополнительного образования

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ЭКЗАМЕН
по направлению подготовки
31.08.71 «Организация здравоохранения и общественное здоровье»
_____ учебный год

Экзаменационный билет № __ 1 __

1. Основная цель социально-гигиенического мониторинга.
2. Нормативное обеспечение информатизации здравоохранения и социальной сферы.
3. Права и обязанности застрахованных в системе ОМС.
4. Решите ситуационную задачу: Гражданин К., проживающий в городе Л., приехал в другой город в командировку, при случайном падении получил серьезную травму. Пострадавший обратился в ближайший травмпункт, при этом страхового медицинского полиса у него не оказалось. На этом основании врач-травматолог отказал ему в приеме. Через некоторое время состояние пациента резко ухудшилось. Он был доставлен в травматологическое отделение ближайшей к месту проживания больницы, где ему была оказана необходимая медицинская помощь.
 - 1.Правомерны ли действия врача-травматолога?
 - 2.Кто оплатит предоставленные в стационаре гражданину К. медицинские услуги?
 - 3.Какая организация из основных участников обязательного медицинского страхования защищает интересы иногородних граждан при получении медицинской помощи по программе ОМС в г. Л.?

Директор департамента _____
Руководитель ОП _____
Зам. директора школы по УВР _____

М.П.



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего
образования
«Дальневосточный федеральный университет»
(ДВФУ)
ШКОЛА МЕДИЦИНЫ
Департамент ординатуры и дополнительного образования

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ЭКЗАМЕН
по направлению подготовки
31.08.71 «Организация здравоохранения и общественное здоровье»
_____ учебный год

Экзаменационный билет № 2

1. Определение здоровья и болезни. Уровни здоровья
2. Какие демографические показатели используются для характеристики здоровья женщин и детей?

3. Принципы охраны здоровья граждан РФ

4. Ситуационная задача. В городе Р Российской Федерации в 2019 г. родилось живыми 18 000 детей, мёртвыми – 159 детей. Умерло 200 детей в возрасте до 1 года, в том числе 167 в течение первых 28 дней, 70 в течение первых 168 часов жизни. От состояний, возникающих в перинатальном периоде, умерло 50 детей первого года жизни, врождённых аномалий – 34 детей, болезней органов дыхания – 14, травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин – 11, инфекционных и паразитарных заболеваний – 8. Во время беременности, родов и в течение 42 дней после родов умерло 4 женщины, в том числе 2 от операции аборта вне медицинского учреждения, 1 от кровотечения и 1 от токсикоза. В городе Р в 2014 г. и 2019 г. наблюдались следующие демографические показатели, характеризующие здоровье женщин и детей (в %):

	2014 г.	2019 г.
Материнская смертность (на 100 000 родившихся живыми детей):	25,6	24,3
Младенческая смертность:	14,1	11,5
Неонатальная смертность:	10,1	9,5
Ранняя неонатальная смертность:	6,1	5,5
Перинатальная смертность:	13,4	12,9

На основе представленных данных требуется:

1. Вычислить демографические показатели, характеризующие здоровье женщин и детей, в указанном регионе за 2019 год: материнскую смертность, младенческую смертность, неонатальную смертность, раннюю неонатальную смертность, перинатальную смертность.
2. Определить структуру материнской и младенческой смертности.
3. Оценить уровень младенческой смертности в данном регионе за 2019 год.
4. Оценить динамику полученных показателей.

Директор департамента _____

Руководитель ОП _____

Зам. директора школы по УВР _____

М.П. (школы)