Образцы экзаменационных билетов:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра неврологии и нейрохирургии ФПК и ППС

Экзаменационный билет №1

для промежуточной аттестации после первого семестра

по дисциплине «Неврология»

по специальности 31.08.42 неврология

Инструкция. Внимательно прочитайте задание.

Время выполнения задания – 30 минут.

1. Варианты хиазмального синдрома. Причины возникновения хиазмального синдрома.

2. Ситуационная задача (кейс-задача) №15

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра неврологии и нейрохирургии ФПК и ППС

Экзаменационный билет №4

для промежуточной аттестации после первого семестра

по дисциплине «Неврология»

по специальности 31.08.42 неврология

Инструкция. Внимательно прочитайте задание.

Время выполнения задания – 30 минут.

1. Синдромы поражения затылочной доли головного мозга.

2. Ситуационная задача (кейс-задача) №12

Перечень вопросов для собеседования

При промежуточной аттестации после первого семестра
по специальности 31.08.42 неврология

1. Варианты хиазмального синдрома. Причины возникновения хиазмального синдрома.
2. Синдромы поражения теменной доли головного мозга.
3. Синдромы поражения височной доли головного мозга.
4. Синдромы поражения затылочной доли головного мозга.
5. Синдромы поражения височной доли головного мозга.
6. Отек - набухание головного мозга: принципы профилактики и лечения.
7. Варианты атаксий, дифференциальная диагностика.
8. Синдром Фостер-Кеннеди.
9. Компрессионно-дислокационные синдромы.
10. Бульбарный и псевдобульбарный параличи.
11. Классификация количественных нарушений сознания.

12. Синдромы поражения лобной доли головного мозга.

Образцы эталонных ответов на вопросы:

Вопрос: Бульбарный и псевдобульбарный параличи.

Эталонный ответ:

Бульбарный паралич.

Это симптомокомплекс, возникающий в результате поражения двигательных ядер, корешков или самих 9, 10, 12 пар черепных нервов, с клиникой вялого атрофического (периферического) пареза, паралича мышц, иннервируемых этими нервами. Особенно выражен при двустороннем поражении.

Бульбарный паралич характерен для бокового амиотрофического склероза, прогрессирующего бульбарного паралича Дюшена, полиомиелита, полиомиелитоподобных заболеваний, клещевого энцефалита, опухолей покрышки продолговатого мозга и мозжечка, синингобульбии.

Этиология: при опухолях и арахноидитах в области задней черепной ямки, карциноматозе, саркоматозе, гранулематозных процессах, менингитах с преимущественной локализацией в задней черепной ямке, при дифтерийном полиневрите, инфекционно-аллергическом полирадикулоневрите.

Клиника: Возникает нарушение артикуляции (дизартрия, анартрия), глотания (дисфагия, афагия), фонации (дисфония, афония), отмечается носовой оттенок речи (назолалия). Наблюдается опущение мягкого неба, его неподвижность при произношении звуков, иногда отклонение небного язычка. Поражение 10 нерва проявляется расстройством дыхания и сердечно-сосудистой деятельности. Выявляются признаки периферического паралича (атрофия мышц языка, уменьшение его объема, складчатость слизистой оболочки языка). Поражение ядер характеризуется фасцикуляцией языка. Небный, глоточный, кашлевой, рвотный рефлексы снижены или отсутствуют, нередко отмечается парез круговой мышцы рта.

Диагностика основана на клинике. Дифференциальная диагностика проводится с псевдобульбарным параличом. Лечение заключается в терапии основного заболевания. При двустороннем поражении 10 пары исход летальный.

Псевдобульбарный паралич.

Это симптомокомплекс, возникающий при двустороннем прерывании кортико-нуклеарных путей 9, 10, 12 черепных нервов, с клинической картиной центрального пареза или паралича мышц, иннервирующихся этими черепными нервами.

Наиболее часто сопровождаются псевдобульбарным параличом следующие заболевания: рассеянный склероз, глиомы основания и др. опухоли основания моста мозга, нарушение кровообращения в вертебрально-базиллярном бассейне, центральный понтинный миелолиз. Поражения кортико-нуклеарных волокон в области ножек мозга чаще связано с нарушением мозгового кровообращения и опухолями. Более орально расположенные двусторонние поражения корково-ядерных путей обычно наблюдаются при диффузных или многоочаговых процессах в обоих полушариях – сосудистые заболевания головного мозга, демиелинизирующие заболевания, энцефалиты, интоксикации, травмы головного мозга и их последствия.

Поражение корково-ядерных трактов 9, 10, 12 пар черепных нервов приводит к возникновению картины центрального паралича.

Клиника: Проявляется расстройствами глотания (дисфагия), фонации (дисфония), артикуляции речи (дизартрия). Имеется склонность к насильственному смеху и плачу, что обусловлено, двусторонним прерыванием нисходящих корковых волокон, проводящих тормозные импульсы.

В отличие от бульбарного паралича при псевдобульбарном синдроме парализованные мышцы не атрофируются и не отмечается реакция перерождения. При этом рефлекс, связанные со стволом мозга, не только сохранены, но и патологически повышены – небный, глоточный, кашлевой, рвотный. Характерно наличие симптомов орального автоматизма.

Диагностика основана на клинике. Дифференциальная диагностика с бульбарным параличом. Лечение и прогноз зависят от характера и тяжести заболевания, вызвавшего данное патологическое состояние.

Вопрос: Варианты атаксий, дифференциальная диагностика.

Эталонный ответ:

1. Сенситивная атаксия. Она может возникать при поражении путей глубокой чувствительности на всем их протяжении от периферических нервов до задней центральной извилины. Клинически наиболее ярко проявляется изменением походки: ноги при ходьбе широко расставлены, каждый шаг делается с некоторым усилием и начинается с удара пяткой о поверхность, ноги при ходьбе чрезмерно сгибаются в тазобедренных и коленных суставах («штампующая», или табетическая, походка). Важнейшим дифференциально-диагностическим признаком сенситивной атаксии является ее возникновение или значительное усиление при отсутствии зрительного контроля: в темноте, при резком поднятии головы и при закрывании глаз. Данная атаксия может выявляться и в руках, что клинически проявляется псевдоатетозом — медленными червеобразными движениями рук, аналогично атетозу, но только при утрате зрительного контроля (например, в позе Ромберга при закрытых глазах). Следует особо подчеркнуть, что сенситивная атаксия и (или) псевдоатетоз всегда сопровождаются расстройствами глубокой чувствительности соответственно в ногах или руках. Данный вид атаксии встречается главным образом при полирадикулоневритах (полирадикулопатиях) и при спинальной патологии с изолированным или преимущественным поражением задних канатиков.

2. Вестибулярная атаксия возникает при поражении лабиринта или вестибулярных ядер ствола. Клинически проявляется головокружением (как правило, системным) и сопровождается нистагмом, преимущественно в сторону поражения, выраженными вегетативными проявлениями (тошнота, рвота, изменение артериального давления, выраженная потливость и др.) и рядом других симптомов (например, шум и снижение слуха на пораженной стороне). При попытке больного встать и пройти он обычно падает в сторону пораженного лабиринта, а поворот головы и экспериментальное раздражение вестибулярного анализатора могут влиять на направление падения. Вестибулярная атаксия представляет собой важнейшую часть синдрома вестибулопатии, который объективно подтверждается при проведении вестибулярных проб. Основными этиологическими факторами развития данного вида атаксии являются болезнь Меньера и острые нарушения мозгового кровообращения в вертебрально-базилярном бассейне.

3. Лобная атаксия возникает вследствие поражения коры больших полушарий лобной доли, что приводит к нарушению афферентных связей с мозжечком. Клинически проявляется относительно нерезко выраженным пошатыванием при ходьбе в контралатеральную от очага сторону, интенцией и дисметрией в контралатеральной руке и (или) ноге, миопопаданием, другими симптомами поражения лобной доли. Дифференциальную диагностику следует проводить прежде всего не только со статической мозжечковой атаксией, но и с астазией-абазией, наблюдающейся при поражении лобных долей головного мозга. При этом необходимо учитывать, что дифференциальная диагностика особенно затруднительна при острых патологических процессах в мозжечке (инсульт, токсические поражения и др.), когда степень выраженности клинических проявлений статической атаксии может достигать уровня невозможности стояния и ходьбы.

4. Височная атаксия возникает при поражении коры височной доли, что ведет к поражению ее связей с мозжечком. Она входит в состав триады Шваба: пошатывание и отклонение при ходьбе в контралатеральную сторону, миопопадание при пальценосовой пробе в контралатеральной очагу руке, гемипаркинсонизм также на контралатеральной стороне. Наличие триады Шваба является достоверным признаком опухоли височной доли.

5. **Функциональная атаксия** встречается при истерическом неврозе. Для нее характерна походка, не свойственная клинической картине вышеописанных атаксий и меняющаяся в динамике. Функциональная атаксия сочетается у этих пациентов с целым рядом клинических проявлений истерического невроза.

6. **Смешанная атаксия** характеризуется сочетанием различных видов атаксии. В клинической практике чаще всего встречается сочетание мозжечковой и сенситивной (реже мозжечковой и вестибулярной) атаксии, которое главным образом наблюдается при демиелинизирующих заболеваниях.

Ситуационные задачи представлены отдельным файлом.

Образцы задач с образцами эталонных ответов:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра неврологии и нейрохирургии ФПК и ППС

Ситуационная задача (кейс-задача) №6

по неврологии

по специальности 31.08.42 неврология

*	Текст элемента задачи (мини-кейса)
Н	006
И	Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы. Время выполнения задания – 20 минут
У	Мужчина 65 лет доставлен в больницу в связи с возникшей утром, за 2 часа до госпитализации, слабостью в левых конечностях. Из анамнеза известно, что пациент длительное время страдает стенокардией напряжения, в течение последнего года отмечаются эпизоды повышения артериального давления до 180/100 мм рт. ст. В течение последних трёх месяцев было несколько кратковременных (до 10 минут) эпизодов преходящей слепоты на правый глаз. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление 180/100 мм рт. ст., пульс – 80 в минуту, ритм правильный, ослаблена пульсация на общей сонной артерии справа, но усилена пульсация височной артерии. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, слабость нижней части мимической мускулатуры слева, при высовывании язык отклоняется влево, снижение силы в левой руке до 1-го балла, в ноге до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов слева, рефлекс Бабинского слева.
В	
1	Неврологические синдромы?
2	Топический диагноз?
3	Предварительный клинический диагноз?
4	Как объяснить эпизоды преходящей слепоты на правый глаз?
5	Чем может быть вызвано изменение пульсации сонных артерий?
6	Дополнительные методы обследования?
7	Лечение?

*

Н – номер задачи (кейс-задачи), И – инструкция, У – условие, В – вопрос

Ответы к ситуационной задаче №6:

1. Очаговые синдромы: центральный парез лицевого нерва слева, центральный левосторонний гемипарез.
2. Правое полушарие, в проекции правой прецентральной извилины.
3. Ишемический (вероятно, атеротромботический) инсульт – инфаркт мозга в бассейне правой СМА в форме левостороннего гемипареза. Атеросклероз брахиоцефальных артерий. Гипертоническая болезнь III стадии. Риск 4.
4. Транзиторные ишемические атаки в условиях стенозирующего процесса в правом каротидном бассейне.
5. Стенозирующим процессом в бассейне правой ВСА.
6. Развернутый анализ крови, липидограмма, МРТ головного мозга, МСКТА сосудов головного мозга и шеи, ЭКДС, ТКДС, Эхо-КС, СМАД.
7. Тромболитическая терапия: 0,9 мг Альтеплазы. 10% в/в болюсно, 90% в/в капельно в течение часа. (т.к. после начала клиники прошло 2 часа) при снижении АД ниже 185/100 мм рт.ст.

Базисная терапия: мониторинг и коррекция уровня оксигенации, АД, сердечной деятельности, основных параметров гомеостаза, с проведением контроля за глотанием, состоянием мочевого пузыря, кишечника, уходом за кожными покровами, пассивной гимнастикой.

Специальные методы лечения:

- реабилитационные мероприятия (начиная с блока нейрореанимации);
- профилактика и терапия висцеральных осложнений, ТЭЛА, тромбоэмболии глубоких вен нижних конечностей);
- индивидуальная вторичная профилактика острых сосудистых событий (медикаментозная терапия: антигипертензивная терапия, антиагрегантная терапия, на период ограничения двигательной активности для профилактики тромбоэмболических осложнений –

антикоагулянтная терапия, гиполипидемическая, при верификации гемодинамически значимого стенозирующего процесса – обсуждение с нейрохирургом или ангиохирургом вопрос о реконструктивных операциях).

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра неврологии и нейрохирургии ФПК и ППС

Ситуационная задача (кейс-задача) №7

по неврологии

по специальности 31.08.42 неврология

*	Текст элемента задачи (мини-кейса)
Н	007
И	Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы. Время выполнения задания – 20 минут

У	Женщина 70 лет доставлена в больницу в связи с двоением и слабостью в правых конечностях, которые возникли рано утром, при пробуждении. Пять лет назад больная перенесла инфаркт миокарда, после которого отмечаются приступы мерцательной аритмии. Месяц назад был эпизод головокружения и двоения в глазах, симптоматика полностью регрессировала в течение часа. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 100-140 в минуту, ритм неправильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, парез всех мимических мышц слева, сходящееся косоглазие, движение левого глазного яблока наружу минимально, движения в правых конечностях отсутствуют, в них повышены сухожильные рефлексы, симптом Бабинского справа.
В	
1	Неврологические синдромы?
2	Топический диагноз?
3	Предварительный клинический диагноз?
4	Как объяснить эпизод головокружения и двоения месяц назад?
5	Дополнительные методы обследования?
6	Лечение?

*

Н – номер задачи (кейс-задачи), И – инструкция, У – условие, В – вопрос

Ответы к ситуационной задаче №7:

1. Альтернирующий синдром Фовилля (парез лицевого нерва, парез отводящего нерва, центральный правосторонний гемипарез).
2. Каудальная часть основания моста.
3. Ишемический (вероятно, кардиоэмболический) инсульт в вертебро-базилярном бассейне с развитием синдрома Фовилля. ИБС. ПИКС. Нарушение ритма сердца: пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. Гипертоническая болезнь III стадии. Риск 4.
4. Транзиторная ишемическая атака.

5. Развернутый анализ крови, креатинин, клиренс креатинина, липидограмма, КТ головного мозга, МРТ головного мозга, МСКТА сосудов головы и шеи, ЭКДС, ТКДС, ЭхоКГ, Холтеровское мониторирование, СМАД.

6. Базисная терапия: мониторинг и коррекция уровня оксигенации, АД, сердечной деятельности, основных параметров гомеостаза, с проведением контроля за глотанием, состоянием мочевого пузыря, кишечника, уходом за кожными покровами, пассивной гимнастикой.

Специальные методы лечения:

- реабилитационные мероприятия (начиная с блока нейрореанимации);
- профилактика и терапия висцеральных осложнений, ТЭЛА, тромбоэмболии глубоких вен нижних конечностей);
- индивидуальная вторичная профилактика сосудистых событий (медикаментозная терапия: антигипертензивная терапия, антикоагулянтная терапия, антиаритмическая терапия, гиполипидемическая).

Образцы экзаменационных билетов:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра неврологии

Экзаменационный билет №1

для промежуточной аттестации после третьего семестра

по дисциплине «Неврология»

по специальности 31.08.42 неврология

Инструкция. Внимательно прочитайте задание.

Время выполнения задания – 30 минут.

- 1. Менингиты. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.**
- 2. Ситуационная задача (кейс-задача) №4**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра неврологии

Экзаменационный билет №4

для промежуточной аттестации после третьего семестра

по дисциплине «Неврология»

по специальности 31.08.42 неврология

Инструкция. Внимательно прочитайте задание.

Время выполнения задания – 30 минут.

- 1. Миастения. Холинергический криз. Диагностика. Неотложная помощь.**
- 2. Ситуационная задача (кейс-задача) №1**

Перечень вопросов для собеседования

При промежуточной аттестации после третьего семестра

по специальности 31.08.42 неврология

1. Менингиты. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Герпетический энцефалит. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Энцефалит Экономо. Дифференциальная диагностика разных форм паркинсонизма, принципы его терапии.

4. Клещевой энцефалит. Клиническая картина, диагностика, профилактика и лечение.
5. Острый первичный энцефаломиелит. Классификация, клиника, дифференциальная диагностика.
6. Абсцесс головного мозга. Клиника. Диагностика. Лечение.
7. Рассеянный склероз. Патогенез, классификация. Диагностика, лечение.
8. Синдром и болезнь Меньера, дифференциальная диагностика.
9. Классификация полинейропатий. Синдром Гийен-Барре, его варианты и терапия.
10. Миастения. Миастенический криз. Диагностика. Неотложная помощь.
11. Миастения. Холинергический криз. Диагностика. Неотложная помощь.
12. Миотонии. Клиника. Диагностика.
13. Боковой амиотрофический склероз. Клиника. Диагностика.
14. Болезнь Паркинсона. Клиника. Диагностика. Лечение.
15. Болезнь Штрюмпеля.
16. Клинические формы ДЦП.
17. Деменции. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
18. Синдромы поражения надсегментарных отделов вегетативной нервной системы.
19. Синдромы поражения сегментарных отделов вегетативной нервной системы.
20. Вегетативные пароксизмы и их клинические формы. Дифференциальная диагностика. Методы купирования.

21. Принципы лечения заболеваний вегетативной нервной системы.

22. Классификация эпилепсии. Эпилептический статус. Принципы лечения.

Образцы эталонных ответов на вопросы:

Вопрос: Герпетический энцефалит. Клиника. Диагностика. Лечение.

Эталонный ответ:

Это воспалительное заболевание головного мозга, вызываемое вирусом простого герпеса (ВПГ, herpes simplex), семейство Herpesviridae. Чаще всего ВПГ-1 типа. ВПГ-2 типа является возбудителем энцефалита у новорожденных, заражение которых происходит от матери с активной формой генитального герпеса во время прохождения через половые пути. 2-4 случая на 1 млн населения в год. Энцефалит поражает людей всех возрастов.

Клиника:

Характерная клиника любого острого вирусного энцефалита: острое начало с появления лихорадки, головной боли, общей слабости, рвоты, от нескольких дней до нескольких недель. В большинстве случаев лихорадка в остром периоде бывает высокой (до 38-40°C), но возможен и субфебрилитет или отсутствие лихорадки. Иногда наблюдаются две лихорадочные волны, разделенные "светлым" промежутком.

Характерна *преимущественная локализация* поражения в медиальных отделах височных долей, в базальных отделах лобных долей. Это предопределяет высокую частоту:

- нарушений высших мозговых функций (сенсорная или сенсомоторная афазия, амнезия),
- изменений поведения,
- нарушения обоняния и вкуса (аносмия, обонятельные и вкусовые галлюцинации),

- вегетативных расстройств

- сложных парциальных эпилептических припадков. У многих больных уже на ранней стадии появляются генерализованные судорожные припадки.

У большинства больных выявляются менингеальные симптомы. В отсутствие лечения состояние ухудшается на протяжении нескольких дней или недель, развивается кома, и в 50-70% случаев наступает летальный исход. При выздоровлении идет обратное развитие симптомов от 3 нед. до 3 лет, у большинства сохраняется очаговая симптоматика. Может развиваться *постгерпетическая деменция*, стойкая и плохо поддающаяся лечению.

В последние годы описывают *атипичные формы герпетического энцефалита* со стертой подостро развивающейся симптоматикой, с преимущественным вовлечением мозгового ствола (стволовой энцефалит), имитирующие острую психиатрическую патологию (делирий).

Диагностика.

- Наиболее быстрый и надежный метод диагностики: **ПЦР**

- Исследование *ЦСЖ*: ↑ давления, лимфоцитарный или смешанный плеоцитоз (в среднем иногда до 1000 в 1 мкл), умеренное ↑ белка. Более чем у 40 % обнаруживают эритроциты и ксантохромию, что отражает геморрагический характер поражения.

- *КТ или МРТ* в первые дни болезни: исключение иных заболеваний. После 2 дней на МРТ: гиперинтенсивные зоны в T2 режиме. На КТ после 3-5 дней: очаги пониженной плотности с масс-эффектом, прежде всего в лобно-височной области, поясной извилине, инсулярной зоне с одной или двух сторон. Иногда выявляются гиперденсивные зоны.

- На *ЭЭГ* на фоне диффузного замедления электрической активности у 85 % больных регистрируются фокальные изменения в передних отделах мозга (лобно-височной области) в виде медленноволновой активности или периодических высокоамплитудных эпилептиформных разрядов.

Лечение проводят в условиях отделения интенсивной терапии. *Ацикловир* вводят в/в кап. в разовой дозе 10 мг/кг 3 раза в сутки, разводя в 100-200 мл изотонического раствора хлорида натрия в течение не менее 1 часа. Продолжительность лечения должна составлять не менее 10-14 дней (до 3 недель).

При рецидиве рекомендуется проведение повторного курса лечения в более высокой дозе 15 мг/кг 3 раза в день в течение 3 недель.

Вопрос: Миастения. Миастенический криз. Диагностика. Неотложная помощь.

Эталонный ответ:

Миастения - заболевание, характеризующееся нарушением нервно-мышечной передачи и проявляющееся слабостью и патологической утомляемостью мышц. Развитие миастении связано с образованием антител против ацетилхолиновых рецепторов постсинаптической мембраны нервно-мышечного синапса. Основные клинические проявления – мышечная слабость, нарастающая в течение суток, в большинстве случаев заболевание начинается с глазных мышц, затем может распространяться на бульбарные мышцы и мышцы туловища.

Клинические проявления миастении:

1. Патологическая мышечная утомляемость
2. Избирательное и преимущественное поражение некоторых мышц
3. Несоответствие локализации поражения зоне иннервации отдельных двигательных нервов
4. Лабильность патологической мышечной утомляемости (зависимость от эмоционального стресса, mensis)
5. Наклонность к генерализации процесса (синдром «масляного пятна»)
6. Феномен М. Уолкер (нарастание птоза при повторных сжимании и разжимании кистей)
7. Уменьшение утомляемости после прием антихолинэстеразных препаратов, после отдыха

Классификация (Б.М.Гехт, 1965, модифицированная в 1982г):

По характеру течения миастенического процесса:

- миастенические эпизоды (однократный или ремиттирующее течение)

- миастеническое состояние (стационарная форма, (13%, длительное время выявляется 1 какой-либо синдром)
- прогрессирующая форма (62%, у 2/3 в течение 2-х лет, у 1/3 от 3-10 лет)
- злокачественная форма (25,8%, молодой возраст, острое начало, развитие тяжелой клиники в течение от 2 недель до 6 месяцев)

По степени генерализации:

генерализованная форма миастении (без бульбарных нарушений, генерализованная с нарушением дыхания). Характеризуется более или менее равномерным вовлечением в процесс как мышц краниального отдела, так и скелетных мышц, течение неблагоприятное

локальные формы – глазная, бульбарная, мимическая (лицевая, краниальная), туловищная

По степени тяжести:

легкая

средней тяжести

тяжелая

По чувствительности к АХП:

с полной степенью компенсации

с достаточной степенью компенсации (возможно самообслуживание)

с плохой степенью компенсации (больные нуждаются в обслуживании)

Миастенический криз- ухудшение состояния с развитием дыхательной недостаточности, связанной со слабостью дыхательных мышц или бульбарной мускулатуры. Начальные проявления - одышка, неспособность сглатывать слюну и держать голову прямо, ослабление голоса, ортопноэ, затем может присоединиться гиперсаливация, усиленное потоотделение, тахикардия, повышение АД. В дальнейшем может развиваться спутанность сознания, остановка дыхания.

Диагностикана основании клиники и прозеринового теста- пробное введение прозерина. При миастеническом кризе проба положительная- дыхательные нарушения и двигательный дефект компенсируются.

Неотложная помощь:

Обеспечить проходимость дыхательных путей (удалить слизь из глотки, меры по предотвращению аспирации)

Прозерин п/к или в/в по 1,0-2,0 мл 0,05% при необходимости 2-3 раза в сутки (при в/в введении предварительно вводят в/в или п/к 0,5мг атропина)

Иммуноглобулины 0,4г/кг/сут на протяжении 5 дней

Преднизолон 100 мг в сутки в течение 3 недель

Калия хлорид – 4% р-р 70,0 в 400,0 - 5% глюкозы, скорость введения 20-30 капель в 1 мин. После инфузии 4-7 единиц инсулина короткого действия

Перевод на ИВЛ, отмена АХП (на 16-24 часа), плазмоферез (обмен плазмы от 700 мл до 3-х литров, предпочитают 1 литр), 5-6 сеансов за 2 недели

Возмещение плазмы: альбумином, реополиглюкином, полиионными растворами

Пульс-терапия метилпредом (1000 мг), преднизолоном

Возвращение к назначению АХП: проводят пробу с прозеринном, отключают ИВЛ, если дыхание не восстанавливается, то ИВЛ подключают вновь и т.д.

Ситуационные задачи представлены отдельным файлом.

Образцы задач с образцами эталонных ответов:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра неврологии

Ситуационная задача (кейс-задача) №1

по неврологии

по специальности 31.08.42 неврология

*	Текст элемента задачи (мини-кейса)
Н	001
И	Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы. Время выполнения задания – 20 минут
У	Пациентка М, 48 лет. Жалобы на повторное возникновение приступов, в которых внезапно развивается интенсивный, неопределенный страх, и в течение 10 мин., достигая своего пика, присоединяются следующие проявления: сильное сердцебиение, учащенный пульс, подъем АД сист. до 150 мм рт. ст., озноб, тремор, ощущение нехватки воздуха, одышка, дискомфорт и боль в левой половине грудной клетки, ощущение онемения или покалывания в кистях, волны жара.

	<p>Приступы продолжительностью до 30-40 мин., частота до 5-6 раз в неделю (могут быть и в ночное время, от чего пациентка просыпается). Для купирования приступов пациентка каждый раз вызывает «Скорую помощь», проводится введение магния сульфат внутривенно, рассасывание 10 таблеток глицина. Пациентка требует проведения ЭКГ «для исключения инфаркта».</p> <p>В течение года менопауза, приступы возникли 3 месяца назад после двухмесячного периода ухаживания за тяжелобольным близким родственником, перенесшим геморрагический инсульт на фоне феохромоцитомы.</p>
В	
1	Что за приступы по феноменологии развиваются у пациентки, как их можно классифицировать?
2	Какие методы обследования необходимо провести для постановки диагноза? С какими патологическими процессами необходимо проводить диф диагноз?
3	Какова тактика лечения?

*

Н – номер задачи (кейс-задачи), И – инструкция, У – условие, В – вопрос

Ответы к ситуационной задаче №1:

1. Типичные вегетативные пароксизмы (панические атаки).
2. ЭЭГ, ЭКГ, вызванное кожное симпатические потенциалы, гормоны щитовидной железы, УЗИ щитовидной железы, УЗИ надпочечников, МРТ головного мозга.

Дифференциальная диагностика проводится с эпилептическими приступами, патологией щитовидной железы и надпочечников. Также необходимо исключить патологию гипоталамо-гипофизарной области.

3. Лечение: регуляция дыхания, аутотренинг, контрастный душ, вегетокорректоры, анксиолитики.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра неврологии

Ситуационная задача (кейс-задача) №4

по неврологии

по специальности 31.08.42 неврология

*	Текст элемента задачи (мини-кейса)
Н	004
И	Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы. Время выполнения задания – 20 минут
У	Женщина 50 лет жалуется на диффузные головные боли давящего характера, которые напоминают «сдавливание головы обручем», общую слабость, повышенную тревожность, плаксивость, периодические (1-2 раза в неделю) приступы учащенного сердцебиения с чувством нехватки воздуха, страхом, ознобopodobной дрожью, длительностью около 40-60 минут. Дебют заболевания больная связывает с психотравмирующей ситуацией (развод с мужем 5 лет назад). В начале заболевания головные боли возникали 2-3 раза в неделю; в течение последних месяцев они стали постоянными. Физическая нагрузка на характер

	головной боли не влияет. Семейный анамнез не отягощен. При обследовании отмечается болезненность при пальпации перикраниальных мышц и мышц шеи, симптомов поражения нервной системы не выявлено.
В	
1	Клинический диагноз?
2	Необходимо ли проведение дополнительных исследований? Если да, какие исследования?
3	Лечение?

*

Н – номер задачи (кейс-задачи), И – инструкция, У – условие, В – вопрос

Ответы к ситуационной задаче №4:

1. Синдром вегетативной дисфункции с краниалгиями напряжения, типичными вегетативными пароксизмами, астено-невротическими проявлениями.
2. Необходимо исключить патологию щитовидной железы (гормональный профиль, УЗИ щитовидной железы), учитывая стойкий цефалгический синдром, вегетативные пароксизмы, несмотря на отсутствие очагового неврологического дефицита, необходимо проведение нейровизуализации для исключения объемного процесса (в частности гипоталамо-гипофизарной области).
3. Немедикаментозные методы: контрастный душ, рациональная психотерапия, отсасывающий массаж головы. Медикаментозное лечение: анксиолитики, вегетокорректоры, антидепрессанты.

Критерии оценки тестирования, практических навыков и результатов собеседования

1. Тестирование. Результаты считаются положительными при правильном решении более 70% вопросов.

Критерии оценки
90-100% - отлично
80-89% - хорошо
70-79% - удовлетворительно
70% и меньше - неудовлетворительно

2. Прием практических навыков. Результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено" или "не зачтено".

Зачет практических навыков оценивается при их выполнении на отлично, хорошо и удовлетворительно. При оценке неудовлетворительно - практические навыки не зачитываются.

Критерии оценки:

отлично:ординатор правильно выполняет все предложенные навыки и правильно их интерпретирует;

хорошо:ординатор в основном правильно выполняет предложенные навыки, интерпретирует их и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки;

удовлетворительно:обучающийся ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя;

неудовлетворительно: обучающийся не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

3. Собеседование. Результаты собеседования оцениваются по пятибалльной системе.

Критерии оценки:

отлично: ординатор правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, обладает полноценными знаниями о клинических проявлениях неврологических заболеваний, методах их диагностики, лечения, реабилитации и профилактики, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, основной и дополнительной литературы;

хорошо: ординатор правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании, обладает хорошими, но с небольшими пробелами знаниями о клинических проявлениях неврологических заболеваний, методах их диагностики, лечения, реабилитации и профилактики, имеются несущественные ошибки при ответах на вопросы;

удовлетворительно: ординатор ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Имеются не полные знания о клинических проявлениях неврологических заболеваний, методах их диагностики, лечения, реабилитации и профилактики. Допускает существенные ошибки при ответах на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета;

неудовлетворительно: ординатор не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Обладает отрывочными знаниями о клинических проявлениях неврологических заболеваний, методах их диагностики, лечения, реабилитации и профилактики. Не может правильно ответить на большинство вопросов билета, ситуационной задачи, а также на дополнительные вопросы.

По результатам трех этапов промежуточной аттестации выставляется итоговая оценка. Формирование итоговой оценки происходит как описано в таблице. Результат оценивается по 5-балльной системе.

Итоговая оценка по результатам тестирования, приема практических навыков и собеседования	
Положительный ответ на 90% и выше тестовых	Отлично

заданий, результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено", результат собеседования оценен на «отлично».	
Положительный ответ на 80% и выше тестовых заданий, результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено", результат собеседования оценен на «хорошо».	Хорошо
Положительный ответ на 70% и выше тестовых заданий, результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено", результат собеседования оценен на «удовлетворительно».	Удовлетворительно
Положительный ответ на менее, чем 70% тестовых заданий и/или результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "не зачтено" и/или результат собеседования оценен на «неудовлетворительно».	Неудовлетворительно

Информация о промежуточной аттестации ординаторов-неврологов после третьего семестра.

Консультации:

09.01.2025

Преподаватели:

Проф. Менделевич Е.Г. (ГАУЗ «РКБ»)

Доц. Данилова Т.В. (ГАУЗ «МКДЦ»)

Проф. Гайнетдинова Д.Д. (ГАУЗ «ДРКБ»)

Доц. Якупова А.А. (ГАУЗ «7 ГКБ»)

Промежуточная аттестация после третьего семестра включает в себя тестирование, сдачу практических навыков и собеседование.

Расписание промежуточной аттестации после третьего семестра:

Тестирование, сдача практических навыков и собеседование – 10.01.2025 (ГАУЗ «РКБ»).

Преподаватели:

Проф. Менделевич Е.Г.

Доц. Данилова Т.В.

Тестовая программа включает 100 вопросов по основным разделам изучаемых дисциплин третьего семестра (тестовая программа представлена отдельным файлом).

Прием практических навыков. Практические навыки оцениваются по умению ординатора собрать жалобы, анамнез, провести комплексное физикальное обследование больного. Ординатор выставляет предварительный диагноз, составляет план лабораторного и инструментального обследования, назначает лечение. Ординатор выставляет предварительный диагноз, составляет план лабораторного и инструментального обследования, назначает лечение. Кроме этого, ординатору предлагается оценить данные лабораторного и инструментального обследования (общие анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови, кардиограммы, рентгенологические исследования, данные компьютерной и магнитно-резонансной томографии, результаты транскраниальной доплерографии, экстракраниального и транскраниального дуплексного сканирования, электромиографии, методов вызванных потенциалов, транскраниальной магнитной стимуляции и др.

Собеседование. Оцениваются знания по основным разделам специальности, которые изучались в третьем семестре. На собеседовании ординатор получит билет, который содержит один теоретический вопрос и одну задачу.

Образцы экзаменационных билетов:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра неврологии

Экзаменационный билет №1

для промежуточной аттестации после третьего семестра

по дисциплине «Неврология»

по специальности 31.08.42 неврология

Инструкция. Внимательно прочитайте задание.

Время выполнения задания – 30 минут.

1. Менингиты. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

2. Ситуационная задача (кейс-задача) №4

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра неврологии

Экзаменационный билет №4

для промежуточной аттестации после третьего семестра

по дисциплине «Неврология»

по специальности 31.08.42 неврология

Инструкция. Внимательно прочитайте задание.

Время выполнения задания – 30 минут.

- 1. Миастения. Холинергический криз. Диагностика. Неотложная помощь.**
- 2. Ситуационная задача (кейс-задача) №1**

Перечень вопросов для собеседования

При промежуточной аттестации после третьего семестра

по специальности 31.08.42 неврология

1. Менингиты. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Герпетический энцефалит. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Энцефалит Экономо. Дифференциальная диагностика разных форм паркинсонизма, принципы его терапии.
4. Клещевой энцефалит. Клиническая картина, диагностика, профилактика и лечение.
5. Острый первичный энцефаломиелит. Классификация, клиника, дифференциальная диагностика.
6. Абсцесс головного мозга. Клиника. Диагностика. Лечение.
7. Рассеянный склероз. Патогенез, классификация. Диагностика, лечение.
8. Синдром и болезнь Менъера, дифференциальная диагностика.

9. Классификация полинейропатий. Синдром Гийен-Барре, его варианты и терапия.
10. Миастения. Миастенический криз. Диагностика. Неотложная помощь.
11. Миастения. Холинергический криз. Диагностика. Неотложная помощь.
12. Миотонии. Клиника. Диагностика.
13. Боковой амиотрофический склероз. Клиника. Диагностика.
14. Болезнь Паркинсона. Клиника. Диагностика. Лечение.
15. Болезнь Штрюмпеля.
16. Клинические формы ДЦП.
17. Деменции. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
18. Синдромы поражения надсегментарных отделов вегетативной нервной системы.
19. Синдромы поражения сегментарных отделов вегетативной нервной системы.
20. Вегетативные пароксизмы и их клинические формы. Дифференциальная диагностика. Методы купирования.
21. Принципы лечения заболеваний вегетативной нервной системы.
22. Классификация эпилепсии. Эпилептический статус. Принципы лечения.

Образцы эталонных ответов на вопросы:

Вопрос: Герпетический энцефалит. Клиника. Диагностика. Лечение.

Эталонный ответ:

Это воспалительное заболевание головного мозга, вызываемое вирусом простого герпеса (ВПГ, herpes simplex), семейство Herpesviridae. Чаще всего ВПГ-1 типа. ВПГ-2 типа является возбудителем энцефалита у новорожденных, заражение которых происходит от матери с активной формой генитального герпеса во время прохождения через половые пути. 2-4 случая на 1 млн населения в год. Энцефалит поражает людей всех возрастов.

Клиника:

Характерная клиника любого острого вирусного энцефалита: острое начало с появления лихорадки, головной боли, общей слабости, рвоты, от нескольких дней до нескольких недель. В большинстве случаев лихорадка в остром периоде бывает высокой (до 38-40°C), но возможен и субфебрилитет или отсутствие лихорадки. Иногда наблюдаются две лихорадочные волны, разделенные "светлым" промежутком.

Характерна *преимущественная локализация* поражения в медиальных отделах височных долей, в базальных отделах лобных долей. Это предопределяет высокую частоту:

-нарушений высших мозговых функций (сенсорная или сенсомоторная афазия, амнезия),

- изменений поведения,

- нарушения обоняния и вкуса (аносмия, обонятельные и вкусовые галлюцинации),

- вегетативных расстройств

-сложных парциальных эпилептических припадков. У многих больных уже на ранней стадии появляются генерализованные судорожные припадки.

У большинства больных выявляются менингеальные симптомы. В отсутствие лечения состояние ухудшается на протяжении нескольких дней или недель, развивается кома, и в 50-70% случаев наступает летальный исход. При выздоровлении идет обратное развитие симптомов от 3 нед. до 3лет, у большинства сохраняется очаговая симптоматика. Может развиваться *постгерпетическая деменция*, стойкая и плохо поддающаяся лечению.

В последние годы описывают *атипичные формы герпетического энцефалита* со стертой подостро развивающейся симптоматикой, с преимущественным вовлечением мозгового ствола (стволовой энцефалит), имитирующие острую психиатрическую патологию (делирий).

Диагностика.

- Наиболее быстрый и надежный метод диагностики: **ПЦР**

- Исследование *ЦСЖ*: ↑ давления, лимфоцитарный или смешанный плеоцитоз (в среднем иногда до 1000 в 1 мкл), умеренное ↑ белка. Более чем у 40 % обнаруживают эритроциты и ксантохромию, что отражает геморрагический характер поражения.

- *КТ или МРТ* в первые дни болезни: исключение иных заболеваний. После 2 дней на МРТ: гиперинтенсивные зоны в T2 режиме. На КТ после 3-5 дней: очаги пониженной плотности с масс-эффектом, прежде всего в лобно-височной области, поясной извилине, инсулярной зоне с одной или двух сторон. Иногда выявляются гиперденсивные зоны.

- На *ЭЭГ* на фоне диффузного замедления электрической активности у 85 % больных регистрируются фокальные изменения в передних отделах мозга (лобно-височной области) в виде медленноволновой активности или периодических высокоамплитудных эпилептиформных разрядов.

Лечение проводят в условиях отделения интенсивной терапии. **Ацикловир** вводят в/в кап. в разовой дозе 10 мг/кг 3 раза в сутки, разводя в 100-200 мл изотонического раствора хлорида натрия в течение не менее 1 часа. Продолжительность лечения должна составлять не менее 10-14 дней (до 3 недель).

При рецидиве рекомендуется проведение повторного курса лечения в более высокой дозе 15 мг/кг 3 раза в день в течение 3 недель.

Вопрос: Миастения. Миастенический криз. Диагностика. Неотложная помощь.

Эталонный ответ:

Миастения - заболевание, характеризующееся нарушением нервно-мышечной передачи и проявляющееся слабостью и патологической утомляемостью мышц. Развитие миастении связано с образованием антител против ацетилхолиновых рецепторов постсинаптической

мембраны нервно-мышечного синапса. Основные клинические проявления – мышечная слабость, нарастающая в течение суток, в большинстве случаев заболевание начинается с глазных мышц, затем может распространяться на бульбарные мышцы и мышцы туловища.

Клинические проявления миастении:

1. Патологическая мышечная утомляемость
2. Избирательное и преимущественное поражение некоторых мышц
3. Несоответствие локализации поражения зоне иннервации отдельных двигательных нервов
4. Лабильность патологической мышечной утомляемости (зависимость от эмоционального стресса, mensis)
5. Наклонность к генерализации процесса (синдром «масляного пятна»)
6. Феномен М. Уолкер (нарастание птоза при повторных сжимании и разжимании кистей)
7. Уменьшение утомляемости после прием антихолинэстеразных препаратов, после отдыха

Классификация (Б.М.Гехт, 1965, модифицированная в 1982г):

По характеру течения миастенического процесса:

- миастенические эпизоды (однократный или ремиттирующее течение)
- миастеническое состояние (стационарная форма, (13%, длительное время выявляется 1 какой-либо синдром)
- прогрессирующая форма (62%, у 2/3 в течение 2-х лет, у 1/3 от 3-10 лет)
- злокачественная форма (25,8%, молодой возраст, острое начало, развитие тяжелой клиники в течение от 2 недель до 6 месяцев)

По степени генерализации:

генерализованная форма миастении (без бульбарных нарушений, генерализованная с нарушением дыхания). Характеризуется более или менее равномерным вовлечением в процесс как мышц краниального отдела, так и скелетных мышц, течение неблагоприятное

локальные формы – глазная, бульбарная, мимическая (лицевая, краниальная), туловищная

По степени тяжести:

легкая

средней тяжести

тяжелая

По чувствительности к АХП:

с полной степенью компенсации

с достаточной степенью компенсации (возможно самообслуживание)

с плохой степенью компенсации (больные нуждаются в обслуживании)

Миастенический криз- ухудшение состояния с развитием дыхательной недостаточности, связанной со слабостью дыхательных мышц или бульбарной мускулатуры. Начальные проявления - одышка, неспособность сглатывать слюну и держать голову прямо, ослабление голоса, ортопноэ, затем может присоединиться гиперсаливация, усиленное потоотделение, тахикардия, повышение АД. В дальнейшем может развиваться спутанность сознания, остановка дыхания.

Диагностикана основании клиники и прозеринового теста- пробное введение прозерина. При миастеническом кризе проба положительная- дыхательные нарушения и двигательный дефект компенсируются.

Неотложная помощь:

Обеспечить проходимость дыхательных путей (удалить слизь из глотки, меры по предотвращению аспирации)

Прозерин п/к или в/в по 1,0-2,0 мл 0,05% при необходимости 2-3 раза в сутки (при в/в введении предварительно вводят в/в или п/к 0,5мг атропина)

Иммуноглобулины 0,4г/кг/сут на протяжении 5 дней

Преднизолон 100 мг в сутки в течение 3 недель

Калия хлорид – 4% р-р 70,0 в 400,0 - 5% глюкозы, скорость введения 20-30 капель в 1 мин. После инфузии 4-7 единиц инсулина короткого действия

Перевод на ИВЛ, отмена АХП (на 16-24 часа), плазмоферез (обмен плазмы от 700 мл до 3-х литров, предпочитают 1 литр), 5-6 сеансов за 2 недели

Возмещение плазмы: альбумином, реополиглюкином, полиионными растворами

Пульс-терапия метилпредом (1000 мг), преднизолоном

Возвращение к назначению АХП: проводят пробу с прозеринном, отключают ИВЛ, если дыхание не восстанавливается, то ИВЛ подключают вновь и т.д.

Ситуационные задачи представлены отдельным файлом.

Образцы задач с образцами эталонных ответов:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра неврологии

Ситуационная задача (кейс-задача) №1

по неврологии

по специальности 31.08.42 неврология

*	Текст элемента задачи (мини-кейса)
Н	001
И	Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы. Время выполнения задания – 20 минут
У	<p>Пациентка М, 48 лет. Жалобы на повторное возникновение приступов, в которых внезапно развивается интенсивный, неопределенный страх, и в течение 10 мин., достигая своего пика, присоединяются следующие проявления: сильное сердцебиение, учащенный пульс, подъем АД сист. до 150 мм рт. ст., озноб, тремор, ощущение нехватки воздуха, одышка, дискомфорт и боль в левой половине грудной клетки, ощущение онемения или покалывания в кистях, волны жара.</p> <p>Приступы продолжительностью до 30-40 мин., частота до 5-6 раз в неделю (могут быть и в ночное время, от чего пациентка просыпается). Для купирования приступов пациентка каждый раз вызывает «Скорую помощь», проводится введение магния сульфат внутривенно, рассасывание 10 таблеток глицина. Пациентка требует проведения ЭКГ «для исключения инфаркта».</p> <p>В течение года менопауза, приступы возникли 3 месяца назад после двухмесячного периода ухаживания за тяжелобольным близким родственником, перенесшим геморрагический инсульт на фоне феохромоцитомы.</p>

В	
1	Что за приступы по феноменологии развиваются у пациентки, как их можно классифицировать?
2	Какие методы обследования необходимо провести для постановки диагноза? С какими патологическими процессами необходимо проводить диф диагноз?
3	Какова тактика лечения?

*

Н – номер задачи (кейс-задачи), И – инструкция, У – условие, В – вопрос

Ответы к ситуационной задаче №1:

1. Типичные вегетативные пароксизмы (панические атаки).
2. ЭЭГ, ЭКГ, вызванное кожное симпатические потенциалы, гормоны щитовидной железы, УЗИ щитовидной железы, УЗИ надпочечников, МРТ головного мозга.

Дифференциальная диагностика проводится с эпилептическими приступами, патологией щитовидной железы и надпочечников. Также необходимо исключить патологию гипоталамо-гипофизарной области.

3. Лечение: регуляция дыхания, аутотренинг, контрастный душ, вегетокорректоры, анксиолитики.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра неврологии

Ситуационная задача (кейс-задача) №4

по неврологии

по специальности 31.08.42 неврология

*	Текст элемента задачи (мини-кейса)
Н	004
И	Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы. Время выполнения задания – 20 минут
У	Женщина 50 лет жалуется на диффузные головные боли давящего характера, которые напоминают «сдавливание головы обручем», общую слабость, повышенную тревожность, плаксивость, периодические (1-2 раза в неделю) приступы учащенного сердцебиения с чувством нехватки воздуха, страхом, ознобopodobной дрожью, длительностью около 40-60 минут. Дебют заболевания больная связывает с психотравмирующей ситуацией (развод с мужем 5 лет назад). В начале заболевания головные боли возникали 2-3 раза в неделю; в течение последних месяцев они стали постоянными. Физическая нагрузка на характер головной боли не влияет. Семейный анамнез не отягощен. При обследовании отмечается болезненность при пальпации перикраниальных мышц и мышц шеи, симптомов поражения нервной системы не выявлено.
В	
1	Клинический диагноз?
2	Необходимо ли проведение дополнительных исследований? Если да, какие исследования?
3	Лечение?

*

Н – номер задачи (кейс-задачи), И – инструкция, У – условие, В – вопрос

Ответы к ситуационной задаче №4:

1. Синдром вегетативной дисфункции с краниалгиями напряжения, типичными вегетативными пароксизмами, астено-невротическими проявлениями.
2. Необходимо исключить патологию щитовидной железы (гормональный профиль, УЗИ щитовидной железы), учитывая стойкий цефалгический синдром, вегетативные пароксизмы, несмотря на отсутствие очагового неврологического дефицита, необходимо проведение нейровизуализации для исключения объемного процесса (в частности гипоталамо-гипофизарной области).
3. Немедикаментозные методы: контрастный душ, рациональная психотерапия, отсасывающий массаж головы. Медикаментозное лечение: анксиолитики, вегетокорректоры, антидепрессанты.

Критерии оценки тестирования, практических навыков и результатов собеседования

1. Тестирование. Результаты считаются положительными при правильном решении более 70% вопросов.

Критерии оценки

90-100% - отлично

80-89% - хорошо

70-79% - удовлетворительно

70% и меньше - неудовлетворительно

2. Прием практических навыков. Результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено" или "не зачтено".

Зачет практических навыков оценивается при их выполнении на отлично, хорошо и удовлетворительно. При оценке неудовлетворительно - практические навыки не зачитываются.

Критерии оценки:

отлично:ординатор правильно выполняет все предложенные навыки и правильно их интерпретирует;

хорошо:ординатор в основном правильно выполняет предложенные навыки, интерпретирует их и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки;

удовлетворительно:обучающийся ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя;

неудовлетворительно:обучающийся не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

3. Собеседование. Результаты собеседования оцениваются по пятибалльной системе.

Критерии оценки:

отлично:ординатор правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, обладает полноценными знаниями о клинических проявлениях неврологических заболеваний, методах их диагностики, лечения, реабилитации и профилактики, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, основной и дополнительной литературы;

хорошо:ординатор правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании, обладает хорошими, но с небольшими пробелами знаниями о клинических проявлениях неврологических заболеваний, методах их диагностики, лечения, реабилитации и профилактики, имеются несущественные ошибки при ответах на вопросы;

удовлетворительно:ординатор ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Имеются не полные знания о клинических проявлениях неврологических заболеваний, методах их диагностики, лечения, реабилитации и профилактики. Допускает существенные ошибки при ответах на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета;

неудовлетворительно:ординатор не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Обладает отрывочными знаниями о клинических проявлениях неврологических заболеваний, методах их диагностики, лечения, реабилитации и профилактики. Не может правильно ответить на большинство вопросов билета, ситуационной задачи, а также на дополнительные вопросы.

По результатам трех этапов промежуточной аттестации выставляется итоговая оценка. Формирование итоговой оценки происходит как описано в таблице. Результат оценивается по 5-балльной системе.

Итоговая оценка по результатам тестирования, приема практических навыков и собеседования	
Положительный ответ на 90% и выше тестовых заданий, результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено", результат собеседования оценен на «отлично».	Отлично
Положительный ответ на 80% и выше тестовых заданий, результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено", результат собеседования оценен на «хорошо».	Хорошо

<p>Положительный ответ на 70% и выше тестовых заданий, результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено", результат собеседования оценен на «удовлетворительно».</p>	<p>Удовлетворительно</p>
<p>Положительный ответ на менее, чем 70% тестовых заданий и/или результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "не зачтено" и/или результат собеседования оценен на «неудовлетворительно».</p>	<p>Неудовлетворительно</p>