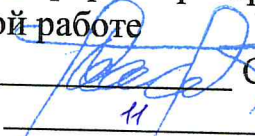


Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

СОГЛАСОВАНО

Первый проректор - проректор по учебной работе

 С.Б. Бакланов
« 14 » 11 2018г



УТВЕРЖДАЮ

Ректор Ульяновского государственного университета

 Б.М. Костишко
« 14 » 11 2018г.

Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования

УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА

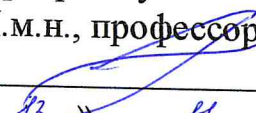
повышения квалификации врачей по курсу

«Травма центральной и периферической нервной системы. Дегенеративные заболевания позвоночника»

Объем: 36 часов/зачетных единиц

Программу составил:

Д.м.н., профессор Мидленко А.И.

 « 13 » 11 2018г.

Рекомендовано к использованию в учебном процессе:

Решение ученого совета института
№ 3/203 от 14.11 2018г.

г. Ульяновск, 2018г.

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

Содержание

1. Введение. Общие положения.	3
2. Планируемые результаты обучения	5
3. Требования к итоговой аттестации обучающихся	11
4. Учебный план	12
5. Рабочая программа	14
6. Организационно – педагогические условия реализации учебной программы повышения квалификации	16
7. Итоговая аттестация	19
8. Реализация программы в форме стажировки	65
9. Список литературы	66

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ ПО КУРСУ «ТРАВМА ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕВРНОЙ СИСТЕМЫ. ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА» ОБЪЕМ: 36 ЧАСОВ

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Цель учебной программы повышения квалификации врачей по курсу «Травма центральной и периферической нервной системы. Дегенеративные заболевания позвоночника» (далее – Программа) заключается в удовлетворении образовательных и профессиональных потребностей, а также в совершенствовании компетенций, необходимых для профессиональной деятельности, и повышении профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации¹ по курсу «Травма центральной и периферической нервной системы. Дегенеративные заболевания позвоночника» Трудоемкость освоения–36 академических часов.

Основными компонентами учебной программы повышения квалификации врачей по курсу «Травма центральной и периферической нервной системы. Дегенеративные заболевания позвоночника» являются:

- цель программы;
- планируемые результаты обучения;
- требования к итоговой аттестации обучающихся;
- учебный план учебной программы повышения квалификации врачей по курсу «Травма центральной и периферической нервной системы. Дегенеративные заболевания позвоночника»
- рабочая программа курса «Травма центральной и периферической нервной системы. Дегенеративные заболевания позвоночника»;
- организационно-педагогические условия реализации учебной программы повышения квалификации врачей по курсу «Травма центральной и периферической нервной системы. Дегенеративные заболевания позвоночника» включающие формы аттестации обучающихся, оценочные материалы и иные компоненты;

Планируемые результаты учебной программы повышения квалификации врачей по курсу «Травма центральной и периферической нервной системы. Дегенеративные заболевания позвоночника» направлены на совершенствование компетенций врача, соответствующих [Квалификационным характеристикам](#) должностей работников и профессиональным стандартам.

¹

Ч.1 и 4 ст. 76. Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 53, ст. 7598; 2014, N 23, ст. 2930, 2933)

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

В Программе предусмотрен перечень необходимых знаний, умений и навыков врача, составляющих основу профессиональных компетенций.

В Программе содержатся требования к итоговой аттестации обучающихся. Итоговая аттестация осуществляется посредством проведения экзамена и выявляет теоретическую и практическую подготовку обучающихся в соответствии с целями программы и планируемыми результатами ее освоения.

Учебный план программы повышения квалификации врачей по курсу «Травма центральной и периферической нервной системы. Дегенеративные заболевания позвоночника» определяет состав изучаемых разделов с указанием их трудоемкости, объема, последовательности и сроков изучения, устанавливает формы организации учебного процесса и их соотношение (лекции, семинарские и практические занятия), конкретизирует формы контроля знаний и умений обучающихся. В случае необходимости, учитывая уровень базисных знаний, актуальность задач подготовки врачей, по усмотрению заведующего кафедрой могут быть внесены изменения в распределение учебного времени, предусмотренного учебными планами программы, в пределах 15% от общего количества учебных часов.

Каждый раздел подразделяется на темы, каждая тема – на элементы, каждый элемент – на подэлементы. Для удобства пользования Программой в учебном процессе каждая структурная единица содержания кодируется. На первом месте ставится код раздела дисциплины (например, 1), на втором – код темы (например, 1.1), далее – код элемента (например, 1.1.1), затем – код подэлемента (например, 1.1.1.1). Кодировка вносит определенный порядок в перечень вопросов, что в свою очередь позволяет кодировать контрольно-измерительные материалы в учебно-методическом комплексе (далее – УМК).

Организационно-педагогические условия реализации Программы включают:

а) учебно-методическую документацию и материалы;
б) учебно-методическую литературу для внеаудиторной работы обучающихся;
в) материально-техническую базу, обеспечивающую организацию всех видов дисциплинарной подготовки:

- учебные аудитории, оснащенные материалами и оборудованием для проведения учебного процесса;

- клинические базы в медицинских организациях, научных организациях Министерства здравоохранения Российской Федерации;

г) кадровое обеспечение реализации программы, соответствующее требованиям штатного расписания кафедры неврологии, нейрохирургии, физиотерапии и лечебной физкультуры;

д) законодательство Российской Федерации в сфере оказания медицинской помощи населению.

Организационно-педагогические условия реализации Программы включают формы аттестации обучающихся, оценочные материалы и иные компоненты – примерную тематику лекционных, семинарских и практических занятий.

Учебная программа повышения квалификации врачей по специальности «Травма центральной и периферической нервной системы. Дегенеративные

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

заболевания позвоночника» реализуется частично в форме стажировки. Стажировка осуществляется в целях изучения передового опыта, а также закрепления теоретических знаний, полученных при освоении программы повышения квалификации, и приобретения практических навыков и умений для их эффективного использования при исполнении своих должностных обязанностей. Содержание стажировки определяется образовательными организациями, реализующими дополнительные образовательные программы, с учетом предложений организаций, направляющих специалистов на стажировку, а также содержания учебной программы повышения квалификации врачей по специальности «Травма центральной и периферической нервной системы. Дегенеративные заболевания позвоночника»

Для формирования профессиональных навыков, необходимых для клинического обследования больных с цереброваскулярной патологией, интерпретации данных инструментального обследования, а также проведения диагностической люмбальной пункции учебная программа повышения квалификации врачей по специальности «Травма центральной и периферической нервной системы. Дегенеративные заболевания позвоночника» реализуется частично в форме обучающего симуляционного курса (далее – ОСК).

Программа ОСК по курсу «Травма центральной и периферической нервной системы. Дегенеративные заболевания позвоночника» включает, в том числе электронное обучение (E-learning).

II. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

врачей, успешно освоивших учебную программу повышения квалификации врачей по курсу «Травма центральной и периферической нервной системы.

Дегенеративные заболевания позвоночника»

(срок обучения 36 академических часов)

Характеристика профессиональных компетенций

врача-нейрохирурга, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей-нейрохирургов по специальности «Нейрохирургия»

(срок обучения 36 академических часов)

У обучающегося совершенствуются следующие универсальные компетенции (далее – УК):

способность анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических наук в различных видах профессиональной деятельности (УК-1);

способность к логическому и аргументированному анализу, к ведению дискуссии, к осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, к

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности при общении с коллегами, пациентами и их родственниками (УК-2);

способность и готовность находить и принимать ответственные управленческие решения в условиях различных мнений и в рамках своей профессиональной компетенции врача (УК-3);

способность осуществлять свою профессиональную деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативно-правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, соблюдать врачебную тайну (УК-4).

У обучающегося совершенствуются следующие общепрофессиональные компетенции (далее – ОПК):

в организационно-управленческой деятельности:

- способность и готовность использовать знания организационной структуры, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи больным, анализировать показатели работы их структурных подразделений, проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам (ОПК-1);

в психолого-педагогической деятельности:

- способность и готовность формировать у пациентов и членов их семей мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ОПК-2).

У обучающегося совершенствуются следующие профессиональные компетенции (далее – ПК):

в диагностической деятельности:

- способность анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах своей профессиональной деятельности в качестве врача нейрохирурга (ПК-1);

- способность анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинко-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма нейрохирургических пациентов для своевременной диагностики конкретной группы заболеваний и патологических процессов (ПК-2);

- способность выявлять у нейрохирургических пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной классификации болезней (далее – МКБ) и проблем, связанных со здоровьем,

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в конкретной группе заболеваний (ПК-3);
в лечебной деятельности:

- способность и готовность выполнять основные лечебные мероприятия при различных нозологических формах заболеваний, учитывать особенность течения заболеваний на фоне возрастных особенностей и сопутствующих патологических состояний (ПК-4);

- способность и готовность назначать нейрохирургическим больным с учетом полиморбидности адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии (ПК-5);

в реабилитационной деятельности:

- способность и готовность применять нейрохирургическим больным различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические) при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма (ПК-6);

- способность и готовность давать нейрохирургическим больным рекомендации по выбору оптимального режима двигательной активности в зависимости от морфофункционального статуса, определять показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии (ПК-7);

в профилактической деятельности:

- способность применять к больным нейрохирургического профиля современные гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения на уровне различных подразделений медицинских организаций в целях разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья, улучшению качества жизни (ПК-8);

- способность и готовность использовать нейрохирургическим больным методы оценки природных и медико-социальных факторов в развитии болезней, проводить их коррекцию, осуществлять профилактические мероприятия по предупреждению преждевременного старения, инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней, проводить санитарно-просветительскую работу по гигиеническим вопросам (ПК-9).

Характеристика новых ПК врача-нейрохирурга, формирующихся в результате освоения учебной программы повышения квалификации врачей-нейрохирургов по программе «Травма центральной и периферической нервной системы.

Дегенеративные заболевания позвоночника»

У обучающегося должны быть сформированы следующие профессиональные компетенции (далее – ПК):

- способность проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам пожилого и старческого возраста (ПК-9);

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

– способность и готовность выполнять основные диагностические, лечебные, реабилитационные мероприятия в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 931н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия» («Российская газета» (специальный выпуск), № 90/1, 25.04.2013) (ПК–10).

Перечень знаний, умений и навыков врача-нейрохирурга

По окончании обучения врач-нейрохирург должен знать:

- законодательство Российской Федерации по вопросам организации нейрохирургической помощи;
- принципы социальной гигиены, биосоциальные аспекты здоровья, болезни и старения;
- основы развития сферы охраны здоровья и основные руководящие документы Правительства Российской Федерации в области охраны здоровья граждан;
- принципы социальной гигиены и организации нейрохирургической помощи населению;
- вопросы экономики, управления и планирования в нейрохирургической службе;
- вопросы медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации при патологии нервной системы
- правовые основы деятельности нейрохирурга;
- вопросы развития, нормальной анатомии и гистологии центральной и периферической нервной системы у детей и взрослых;
- физиологические основы головного и спинного мозга у детей и взрослых;
- виды функциональных и клинических методов исследования нервной системы у детей и взрослых, применяемые на современном этапе;
- симптомы поражения черепно-мозговых нервов и проводящих путей;
- симптомокомплексы поражений мозжечка и ствола мозга;
- симптомокомплексы поражений коры и подкорковых структур головного мозга;
- симптомы заболеваний спинного мозга;
- симптомокомплексы моно- и полинейропатий и радикулярных синдромов при поражении периферических нервов и корешков спинного мозга;
- симптомы фантомно-болевого синдрома;
- методику сбора анамнеза и обследования нейрохирургических пациентов;
- современные нейрорентгенологические методы диагностики заболеваний центральной и периферической нервной системы; дегенеративных поражений позвоночника;

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

- электрофизиологические методы диагностики при заболеваниях центральной и периферической нервной системы;
- ультразвуковые методы диагностики заболеваний периферической нервной системы и сосудов головного мозга;
- показания и методику проведения диагностических операций у нейрохирургических пациентов;
- клинические проявления опухолей больших полушарий головного мозга;
- клинические проявления опухолей задней черепной ямки;
- клинические проявления опухолей хиазмально-селлярной области;
- клинические проявления опухолей спинного мозга;
- клиническую картину и принципы лечения воспалительных и паразитарных поражений головного мозга;
- виды сосудистой патологии центральной нервной системы;
- принципы нейрохирургической помощи при субарахноидальном кровоизлиянии на фоне разрыва аневризмы сосудов головного мозга;
- принципы интенсивной терапии при ишемических и геморрагических инсультах головного и спинного мозга;
- вопросы хирургического лечения черепно-мозговой травмы;
- вопросы хирургического лечения спинномозговой травмы на различных уровнях спинного мозга;
- принципы неотложной помощи и интенсивной терапии при травме нервной системы;
- клинику, диагностику и лечение дегенеративных поражений позвоночника;
- методы хирургического и малоинвазивного лечения при болевых синдромах, обусловленных дегенеративными заболеваниями позвоночника;
- вопросы дифференциальной диагностики эссенциальной эпилепсии и эпилептических синдромов при нейрохирургических заболеваниях;
- методы хирургического лечения эпилепсии;
- вопросы анатомии и физиологии ликвородинамики в головном и спинном мозге;
- принципы хирургического лечения при нарушениях ликвородинамики (сирингомиелия, гидроцефалия);
- классификацию и клинические особенности врождённых аномалий центральной нервной системы;
- вопросы ранней диагностики онкологических и сосудистых заболеваний головного мозга;
- методы хирургического лечения артериальных аневризм сосудов головного мозга;
- методы хирургического лечения стенозирующей патологии брахиоцефальных и церебральных артерий;

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

- методики проведения лечебно-диагностических блокад в нейрохирургии;
- основы клинической фармакотерапии при нейрохирургических заболеваниях;
- принципы применения современных малоинвазивных методов лечения в нейрохирургии (лазерные, ультразвуковые и высокочастотные методы хирургического лечения);
- клинику, дифференциальную диагностику, показания к госпитализации и организацию медицинской помощи на догоспитальном этапе при острых и неотложных состояниях (инфаркт, инсульт, черепно-мозговая травма, «острый живот», внематочная беременность, гипогликемическая и диабетическая кома, клиническая смерть и др.);
- организацию и объем первой врачебной помощи при дорожно-транспортных происшествиях (далее – ДТП), катастрофах и массовых поражениях населения.

По окончании обучения врач-нейрохирург должен уметь:

- проводить полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- сформулировать предварительный диагноз и составить план лабораторного и инструментального обследования;
- интерпретировать результаты обследования;
- определять функциональное состояние пораженных органов и систем клинически и с помощью дополнительных лабораторно–инструментальных методов исследования;
- проводить полное неврологическое обследование у взрослых и детей, выявлять общие и специфические признаки патологии нервной системы;
- оценивать тяжесть состояния больного, оказать первую медицинскую помощь, определять объем и место оказания дальнейшей медицинской помощи пациенту (в приемном отделении, нейрохирургическом стационаре, многопрофильном лечебном учреждении);
- правильно интерпретировать результаты инструментальных исследований (ультразвукового, рентгеновского: магнитно-резонансной и компьютерной томографии, ангиографического исследования);
- выявлять основные жалобы, проводить дифференциальную диагностику при нарушениях мозгового кровообращения;
- проводить обследование и дифференциальную диагностику у пациентов с объёмными образованиями головного, спинного мозга и периферической нервной системы;
- проводить обследование и определять лечебную тактику при дегенеративных заболеваниях позвоночника;
- определять основные симптомы при травматическом поражении различных отделов нервной системы;

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

- проводить дифференциальную диагностику воспалительных и паразитарных поражений нервной системы с уточнением лечебной тактики;
- определять объем клинико-лабораторного обследования пациентов с заболеваниями головного и спинного мозга, проводить дифференциальную диагностику, определять лечебную тактику;
- проводить полное обследование пациентов с дегенеративными заболеваниями позвоночника;
- определить тяжесть и вид нейротравмы, объем и сроки обследования, лечебную тактику при травматических поражениях нервной системы;
- определять основные симптомы и проводить полное обследование при доброкачественных и злокачественных опухолях периферической нервной системы;
- определять показания и противопоказания для лечебно-диагностических пункций и малоинвазивных хирургических вмешательств (люмбальная и субокципитальная пункция, вентрикулярное дренирование, эпидуральные и корешковые блокады).

По окончании обучения врач-нейрохирург должен владеть навыками:

- стандартного неврологического обследования (в том числе эхоэнцефалоскопия);
- оказания экстренной первой (догоспитальной) нейрохирургической помощи при ургентных состояниях (при нейротравме, острых нарушениях мозгового кровообращения, нарушениях тазовых функций при патологии позвоночника и спинного мозга, острой окклюзионной гидроцефалии, дислокационном синдроме, отеке головного мозга);
- лечения при функциональных нарушениях нервной системы;
- диагностики и лечения черепно-мозговой и спинно-мозговой травмы;
- интенсивной терапии при ургентной нейрохирургической патологии;
- лечения эпилептических синдромов при нейрохирургических заболеваниях;
- лечения дегенеративных заболеваний позвоночника;
- лечебно-диагностических пункций и малоинвазивных хирургических вмешательств (люмбальная и субокципитальная пункции, наружное вентрикулярное дренирование, эпидуральные и корешковые блокады);
- регистрации и расшифровки электрокардиограммы (далее – ЭКГ);
- исследования функции внешнего дыхания (пикфлоуметрия, спирография, пульсоксиметрия).

III. ТРЕБОВАНИЯ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Итоговая аттестация по учебной программе повышения квалификации по курсу «Травма центральной и периферической нервной системы. Дегенеративные заболевания позвоночника» должна выявлять теоретическую и практическую

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

подготовку врача-нейрохирурга в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.

Обучающийся допускается к итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом учебной программы повышения квалификации врачей по курсу «Травма центральной и периферической нервной системы. Дегенеративные заболевания позвоночника». Лица, освоившие учебную программу повышения квалификации по курсу «Современные представления об острых нарушениях мозгового кровообращения в практике врача-невролога» успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ о дополнительном профессиональном образовании – удостоверение о повышении квалификации².

IV. УЧЕБНЫЙ ПЛАН

учебной программы повышения квалификации врачей квалификации по курсу «Травма центральной и периферической нервной системы. Дегенеративные заболевания позвоночника» со сроком освоения 36 академических часов

Цель учебной программы повышения квалификации врачей по курсу «Травма центральной и периферической нервной системы. Дегенеративные заболевания позвоночника» (далее – Программа) заключается в удовлетворении образовательных и профессиональных потребностей, обеспечении соответствия квалификации врачей меняющимся условиям профессиональной деятельности и социальной среды, а также в совершенствовании компетенций, необходимых для профессиональной деятельности, и повышении профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации по специальности «Нейрохирургия».

Категория обучающихся: врачи-нейрохирурги, врачи — неврологи, врачи — хирурги, врачи — травматологи — ортопеды, врачи — детские хирурги, врачи скорой медицинской помощи.

Трудоемкость обучения: 36 академических часа

Форма обучения: очная.

Режим занятий: 6 – 8 академических часов в день

² Части 13 и 14 статьи 82 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 53, ст. 7598; 2013, № 19, ст. 2326; № 23, ст. 2878; № 27, ст. 3462; № 30, ст. 4036; № 48, ст. 6165; 2014, № 6, ст. 562, ст. 566; № 19, ст. 2289; № 22, ст. 2769; № 23, ст. 2930, ст. 2933; № 26, ст. 3388; № 30, ст. 4263).

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

Код	Наименование разделов дисциплин и тем	Всего часов	В том числе			Форма контроля
			лекции	ОСК	ПЗ, СЗ, ЛЗ	
1	Травма центральной и периферической нервной системы, дегенеративные заболевания позвоночника	36	20	2	14	Промежуточный контроль (зачет)
1.1	Черепно-мозговая травма	6	4	—	2	Текущий контроль (тестовый контроль)
1.2	Спинно-мозговая травма	4	2	—	2	Текущий контроль (тестовый контроль)
1.3	Травма периферической нервной системы	2	1	—	1	Текущий контроль (тестовый контроль)
1.4	Неотложная помощь при травме нервной системы	2	1	—	1	Текущий контроль (тестовый контроль)
1.5	Хирургическое лечение травмы головного и спинного мозга	5	2	—	3	Текущий контроль (тестовый контроль)
1.6	Хирургическое лечение травмы периферической нервной системы	4	3	—	1	Текущий контроль (тестовый контроль)
1.7	Дегенеративные заболевания позвоночника	4	2	—	2	Текущий контроль (тестовый контроль)
1.8	Медикаментозное лечение	2	1	—	1	Текущий контроль (тестовый контроль)
1.9	Физиотерапия и санаторно-курортное лечение	2	1	—	1	Текущий контроль (тестовый контроль)
1.10	Хирургическое и пункционное лечение дегенеративных заболеваний позвоночника	5	3	2	—	Текущий контроль (тестовый контроль)
Итоговая аттестация		-	-	-	-	Зачет
Всего		36	20	2	14	

3
семинарские занятия, ЛЗ – лабораторные занятия

ПЗ – практические занятия, СЗ –

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

V. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ ПО КУРСУ «ТРАВМА ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА»

РАЗДЕЛ 1. Черепно-мозговая травма

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
1.1.	Классификация черепно-мозговой травмы
1.2.	Патогенез черепно-мозговой травмы
1.3	Оценка тяжести состояния больного при ЧМТ
1.4	Травматические внутричерепные гематомы
1.5	Хирургические методы лечения ЧМТ
1.6	Особенности ЧМТ у детей

РАЗДЕЛ 2. Спинно-мозговая травма

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
2.1	Методы обследования пострадавших со спинно-мозговой травмой
2.2	Общее исследование
2.3	Исследование неврологического статуса
2.4	Показания к оперативному лечению
2.5	Виды оперативного лечения спинно-мозговой травмы

РАЗДЕЛ 3. Травма периферической нервной системы

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
3.1	Топическая диагностика нервов и сплетений
3.2	Показания к оперативному лечению, сроки операций
3.3	Виды оперативных вмешательств при повреждении нервных стволов и сплетений
3.4	Консервативная терапия повреждений нервных стволов и сплетений

РАЗДЕЛ 4. Неотложная помощь при травме нервной системы

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
4.1	Экстренные мероприятия при повреждении нервных стволов
4.2	Роль электромиографии в диагностике повреждения нервных стволов
4.3	Реабилитация больных с повреждениями нервных стволов

РАЗДЕЛ 5. Хирургическое лечение травмы головного и спинного мозга

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
5.1	Экстренные мероприятия при повреждении спинного мозга (спинальный шок)

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

5.2	Диагностическая ценность проб на блок
5.3	Виды декомпрессивных методов лечения и стабилизации позвоночника

ГЛАВА 6. Хирургическое лечение травмы периферической нервной системы

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
6.1	Первичный шов нерва, показания
6.2	Отсроченный шов нерва, показания
6.3	Виды швов при повреждении нервных стволов

ГЛАВА 7. Дегенеративные заболевания позвоночника

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
7.1	Классификация дегенеративных заболеваний позвоночника
7.2	Компрессионные радикулярные и оболочечные синдромы
7.3	Формирование нервных стволов и сплетений

ГЛАВА 8. Медикаментозное лечение

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
8.1	Лечебные блокады
8.2	Консервативная терапия, сроки
8.3	Сроки консервативного лечения

ГЛАВА 9. Физиотерапия и санаторно-курортное лечение

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
9.1	Физиотерапия
9.2	Санаторно-курортное лечение

ГЛАВА 10. Хирургическое и пункционное лечение дегенеративных заболеваний позвоночника

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
10.1	Показания к оперативному лечению дегенеративных заболеваний позвоночника
10.2	Виды пункционных методов лечения
10.3	Виды открытых оперативных вмешательств при дегенеративных заболеваниях позвоночника

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

VI. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ УЧЕБНОЙ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ- НЕЙРОХИРУРГОВ ПО ПО КУРСУ «ТРАВМА ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА»

Примерная тематика лекционных занятий

№	Тема лекции	Содержание лекции (указываются коды разделов и тем, обеспечивающие содержание лекции)	Формируемые компетенции (указываются шифры компетенций)
1	Российское законодательство об охране здоровья и его задачи	2.1.1	УК-1; ОПК-1
2	Вопросы развития, нормальной анатомии и гистологии центральной и периферической нервной системы у детей и взрослых	1.1.1	УК-3; ОПК-2
3	Анатомия и физиология головного мозга	2.2.1	УК-2; УК-3; ПК-2; ПК-8
4	Глиальные опухоли центральной нервной системы	2.7.1	УК-1; ОПК-2; ПК-3
5	Хирургическое лечение дегенеративных заболеваний позвоночника.	2.9.10	УК-4; ОПК-3; ПК-3; ПК-9
6	Диагностика и лечение черепно-мозговой травмы	2.9.1	УК-2; ОПК-3; ПК-3
7	Возможности хирургического лечения эпилепсии	2.10.4	УК-3; ПК-5

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

Примерная тематика семинарских занятий:

№	Тема семинара	Содержание семинара (указываются коды разделов и тем, обеспечивающие содержание семинарских занятий)	Формируемые компетенции (указываются шифры компетенций)
1	Основы трудового права медицинских работников	2.1.4	ОПК-1; ПК-2; ПК-3
2	Общие вопросы организации нейрохирургической помощи	2.1.1	ОПК-2; ПК-4
3	Топографическая анатомия сосудов центральной нервной системы	2.2.3	ОПК-2; ПК-2
4	Клиника опухолей больших полушарий головного мозга	2.7.1	ПК-1; ПК-5
5	Патология магистральных сосудов шеи и мозга	2.8.5	ПК-2; ПК-5
6	Неотложная помощь при травме нервной системы	2.9.4	ПК-2; ПК-3; ПК-5
7	Основы клиники, ранней диагностики и терапии инфекционных болезней, в том числе карантинных инфекций	3.1.2	ПК-5; ПК-9

Примерная тематика практических занятий

№	Тема практических занятий	Содержание практического занятия (указываются коды разделов и тем, обеспечивающие содержание практических занятий)	Формируемые компетенции (указываются шифры компетенций)
1	Организация медико-социальной экспертизы (МСЭ) и реабилитация нейрохирургических больных	2.1.2	ОПК-1; ПК-3
2	Топографическая анатомия спинного мозга	2.2.2	ПК-4; ОПК-2; ОПК-1

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

№	Тема практических занятий	Содержание практического занятия (указываются коды разделов и тем, обеспечивающие содержание практических занятий)	Формируемые компетенции (указываются шифры компетенций)
3	Нейрофизиологические исследования	2.6.5	ПК-3; ОПК-1
4	Клиника опухолей хиазмально-селлярной области	2.7.4	ПК-4; ОПК-2
5	Организация и объем первой врачебной помощи при дорожно-транспортных происшествиях, массовых поражениях населения и катастрофах	3.1.4	ПК-5; ПК-9

Примерное содержание симуляционного курса

Раздел	Наименование дисциплин и тем	Тип и вид симулятора	Формируемые профессиональные компетенции
1.10	Выполнение диагностической люмбальной пункции	Симулятор люмбальной пункции LumbarPunctureSimulatorII.	ПК-5

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

Итоговая аттестация обучающихся по результатам освоения учебной программы повышения квалификации врачей по курсу «Травма центральной и периферической нервной системы. Дегенеративные заболевания позвоночника» должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-нейрохирурга.

1. Хирургическая анатомия позвоночника, проводящие пути спинного мозга, теории осевых нагрузок, кровоснабжение спинного мозга и пространства позвоночного канала.
2. Кровоснабжение головного мозга, анатомические связи интра- и экстракраниальных сосудов, оболочки головного мозга и внутричерепные пространства, анатомия венозных синусов, отток крови от головного мозга.
3. Желудочки головного мозга, ликворопродукция, циркуляция ликвора, влияние на ликворопродукцию различных факторов внутренней и внешней среды.
4. Продолговатый мозг, мост, средний мозг, анатомическое строение и функциональное значение, строение, ядра и проводящие пути, хирургическая анатомия ромбовидной ямки.
5. Тройничный нерв, топография ветвей и ганглия тройничного нерва, точки выхода тройничного нерва на черепе.
6. Лицевой нерв, иннервация мышц лица, топографическая анатомия лицевого нерва.
7. Патопфизиология нервной системы, неврологическая семиотика поражения нервной системы на разных уровнях
8. Головная боль, дифференциально-диагностическое значение и анатомо-функциональное обоснование различных вариантов головной боли (оболочечные, гипертензионные и так далее).
9. Топографическая анатомия центральной и периферической нервной системы
10. Оперативная нейрохирургия
11. Семиотика и топическая диагностика заболеваний нервной системы
12. Патологическая анатомия и патологическая физиология центральной и периферической нервной системы
13. Методы клинического, нейрофизиологического и рентгенологического обследования больных с нейрохирургической патологией
14. Опухоли, воспалительные и паразитарные заболевания центральной нервной системы
15. Сосудистые заболевания центральной нервной системы
16. Травма центральной и периферической нервной системы
17. Дегенеративные заболевания позвоночника
18. Диагностика и нейрохирургическое лечение эпилепсии

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

Примеры заданий, выявляющих практическую подготовку врача-нейрохирурга:

1. Интерпретируйте результаты инструментальных исследований (ультразвукового, рентгеновского: магнитно-резонансной и компьютерной томографии, ангиографического исследования).
2. Проведите обследование и дифференциальную диагностику у пациентов с объёмным образованием головного мозга.
3. Проведите обследование и дифференциальную диагностику у пациентов с объёмным образованием спинного мозга.
4. Проведите обследование и определите лечебную тактику при дегенеративных заболеваниях позвоночника.
5. Проведите дифференциальную диагностику воспалительных поражений нервной системы с уточнением лечебной тактики.
6. Определите основные симптомы при травматическом поражении различных отделов нервной системы.
7. Определите тяжесть и вид нейротравмы, объем и сроки обследования, лечебную тактику при травматических поражениях нервной системы.
8. Определите показания и противопоказания для лечебно-диагностических пункций и малоинвазивных хирургических вмешательств (люмбальная и субокципитальная пункция, вентрикулярное дренирование, эпидуральные и корешковые блокады).
9. Определите основные жалобы, проведите дифференциальную диагностику при нарушениях мозгового кровообращения.
10. Проведите дифференциальную диагностику паразитарных поражений нервной системы с уточнением лечебной тактики.
11. Определите основные симптомы и проведите полное обследование при доброкачественных и злокачественных опухолях периферической нервной системы.
12. Оцените тяжесть состояния пострадавшего при падении с высоты, определите объем и место оказания дальнейшей медицинской помощи пациенту (в приемном отделении, нейрохирургическом стационаре, многопрофильной лечебной организации).

ЗАДАЧИ ДЛЯ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ЗНАНИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ:

Задача №1. Больной 28 лет получил слепое осколочное ранение поясничного отдела позвоночника. Ощутил сильную стреляющую, жгучую боль в области промежности, полового члена и в правой ноге, парализовались обе ноги, появилась задержка мочи.

На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела позвоночника определяется перелом дужки пятого поясничного позвонка, в области остистого отростка проецируется осколок. На

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

второй день после ранения произведена ламинэктомия 4, 5-го поясничных позвонков, удален осколок. После операции осталась тупая ноющая боль в правой ноге, появилось недержание мочи.

Через три месяца после ранения следующие объективные данные: ходит на костылях, правая стопа свисает. Активные движения в правом голеностопном суставе и пальцах правой стопы резко ограничены, в остальных суставах ног движения совершаются в полном объеме. Сила ног снижена в основном в дистальных отделах правой ноги. Тонус ног равномерно снижен. Диффузная атрофия мышц правой голени и в меньшей степени правого бедра. Болевая и температурная чувствительность снижена справа со второго поясничного по второй крестцовый сегменты, а с третьего крестцового по пятый крестцовый сегменты отсутствуют с обеих сторон. Путает направление движений пальцев правой стопы. Левый коленный рефлекс ослаблен, правый коленный и оба Ахилловых отсутствуют. Подошвенных рефлексов нет. Кремастерные ослаблены. Симптома Кернига нет. Правая нога холодная, бледная. Ногти тусклые. Паралитическое недержание мочи. Запоры.

Вопросы к задаче №1

1. Где локализуется патологический очаг? Приведите доказательства в пользу вашего предположения.
2. Чем объяснить отсутствие Ахилловых и правого коленного рефлексов?
3. Чем обусловлен болевой синдром?
4. О чем свидетельствуют боли непосредственно после травмы и в более поздние сроки?
5. Чем объяснить нарушение функции мочеиспускания?
6. Назовите клинический диагноз.
7. Какие показания к оперативному вмешательству?

Задача №2. Больной 23 лет месяц тому назад получил ранение верхней трети левого предплечья. На двадцатый день принят в клинику нервных болезней с жалобами на ограничение движений в левом лучезапястном суставе, жгучую боль в области ладони. Боль снижается при обертывании влажным полотенцем.

Патологии черепно-мозговых нервов не выявлено. Движения в левом плечевом и локтевом суставах не ограничены. Сгибание левой кисти ограничено, с трудом отводит кисть в лучевую сторону. Ограничение сгибания средних и ногтевых фаланг 1-2-3 и отчасти 4-го пальцев. Тугоподвижность в межфаланговых и пястнофаланговых суставах.

Большой палец с трудом противопоставляет другим. При попытке сжать кулак сгибание большого, указательного и частично среднего пальцев ограничено. В области тенара выраженная атрофия. Мышечно-суставное чувство в пальцах левой кисти не нарушено. Нарушений рефлексов нет. Кожа первого пальца кисти и ладонной поверхности истончена, блестящая с багровым оттенком. Кожные складки на пальцах сглажены. Тыльная поверхность кисти на ощупь холодная, отечная, влажная. Ногти тусклые, ломкие, имеется поперечная исчерченность их. Пульс лучевой артерии ритмичный, хорошего наполнения. При любом прикосновении к больному усиливается боль в ладонной поверхности кисти. Резкие звуки, свет, эмоции усиливают эту жгучую боль. При постукивании по предплечью в области рубца появляются боли в кисти.

Вопросы к задаче №2

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

1. Где локализуется патологический процесс?
2. Функция каких мышц нарушена?
3. Какая патология, кроме нарушений движений и чувствительности выявлена у больного? Чем она вызвана?
4. Как называется в этом случае болевой синдром? Укажите его причину.
5. Сформулируйте клинический диагноз.
6. Какие виды поражения периферических нервов Вы знаете?
7. Что случилось с нервом в данном случае?
8. Какое важное в диагностическом и прогностическом смысле исследование не произведено в данном случае?
9. Какие тесты Вы знаете для выявления легких степеней паралича пораженного нерва?

Задача №3. Больная 60 лет, на протяжении последних месяцев периодически жаловалась на головную боль, шум в ушах, быстро нарастающую усталость, плохой и беспокойный сон. За три дня до поступления в клинику проснулась от головной боли и обнаружила слабость в правой руке. Затем вновь уснула. Утром движения правой руки были полностью утрачены, появилась слабость правой ноги и изменилась речь. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены. Пульс 72 удара в 1 минуту, аритмичный. Височные артерии извиты на ощупь. Артериальное давление 110/80 мм рт.ст.

Больная ориентируется в пространстве и во времени. Речь медленная невнятная. С трудом подбирает слова. Имеется персеверация речи. На глазном дне сужены артерии. Правая носогубная складка сглажена. Язык при высовывании изо рта отклоняется вправо. Функция остальных черепно-мозговых нервов не нарушена. Активных движений в правой руке нет. Движения в правой ноге ограничены. Движения в левой руке и ноге в полном объеме. Повышен тонус в мышцах сгибателей правой руки и в меньшей степени в разгибателях ноги. Все виды чувствительности сохранены. Все сухожильные и периостальные рефлексы значительно выше справа. Симптомы Бабинского и Россолимо справа. Холестерин сыворотки крови 285 мг%. Протромбиновый индекс 130%.

Вопросы к задаче №3

1. Что такое моторная афазия?
2. Что означает термин «персеверация»?
3. Где очаг поражения в данном случае? Показать на схеме
4. Дать обоснование клинического диагноза.
5. Какие корковые ветви средней мозговой артерии Вы знаете.

Задача № 4. Больной, 41 год. Год тому назад появилось онемение и ощущение холода под левой лопаткой. В дальнейшем присоединилась боль опоясывающего характера на уровне сосков, особенно слева. Лечился физиотерапевтическими процедурами по поводу «межреберной невралгии», однако боль все усиливалась. Появилась слабость в левой ноге и «онемение» живота справа и правой ноги.

Объективно: функции черепно-мозговых нервов не нарушены. Руки нормальные. Ходит, подтягивая левую ногу. Отчетливо выраженный симптом «ликворного кашлевого толчка» с

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

иррадиацией боли в пределах 4-го грудного сегмента слева. Поколачивание остистого отростка 3-го грудного позвонка вызывает боль, иррадирующую в ту же зону больше слева. Небольшое ограничение движений стопы и пальцев левой ноги. Снижение силы движений во всех сегментах той же ноги. Тонус мышц разгибателей ног повышен. Отсутствие мышечно-суставного чувства в пальцах левой стопы. Понижение температурной и болевой чувствительности в пределах 4-го грудного сегмента и отсутствие ее с пятого грудного сегмента до пятого крестцового. Ахилловы и коленные рефлексы высокие, выше слева. Клонус левой стопы. Симптом Бабинского и Оппенгейма слева. Растройства функции тазовых органов нет. На рентгенограмме костной патологии не выявлено.

При пневмомиелографии на уровне 2-го грудного позвонка видна овальная тень окруженная расширенными светлыми (подпаутинным) пространством. При рентгенографии легких и желудочно-кишечного тракта патологии не найдено. Начальное давление спинно-мозговой жидкости 140 мм. водного столба. , при пробе Квекенштедта медленноросло до 160 мм водного столба, а после прекращения пробы вновь снизилось до 140 мм водного столба. Жидкость слегка скантохромная. Цитоз 12/3, глобулиновые реакции резко положительные, белок 11,3 промилли. На следующий день после пункции еще больше ослабла левая нога, появилась слабость в правой ноге, а так же задержка мочи.

Вопросы к задаче №4

1. Как называется боль в груди, с которой началась болезнь?
2. Определите границы поражения. По каким симптомам Вы это сделаете? Зарисуйте на схеме очаг поражения. Как называется выявленный у больного синдром? Какими симптомами он проявляется в классической форме?
3. Какие диагнозы в данном случае можно предположить исходя из анамнестических и объективных данных?
4. Как исследуется симптом «ликворного толчка», и какой при этом механизм возникновения болей?
5. Чем объясняется «симптом остистого отростка»?
6. Как объяснить белково-клеточную диссоциацию и ксантохромиию в спинно-мозговой жидкости? Как расценить результат пробы по Квекенштедту в данном случае?

Задача № 5 .Больная 38 лет. По поводу внематочной беременности под общим наркозом была произведена операция. Операция продолжалась более двух часов. Ноги больной во время операции были зафиксированы в нижней трети бедра к операционному столу. Сразу после операции появились парестезии в правой стопе, ограничение движений в правом голеностопном суставе и пальцах стопы.

В клинику поступила на 18 день болезни. При ходьбе высоко поднимает правую ногу, сгибая ее в тазобедренном суставе и коленном, ставит ногу на носок, затем на наружный край стопы, а затем на всю стопу. Отсутствует активное разгибание правой стопы и пальцев. Стопа свисает и повернута вовнутрь, отведение ее не удается, не может поднять наружный и внутренний край стопы. Сила мышц сгибателей стопы хорошая. Гипестезия по передненаружной поверхности правой голени, на тыльной поверхности основных фаланг 2-3-го и частично 4-го пальцев стопы и в первом межпальцевом промежутке. Мышечно-суставное чувство сохранено. Ахилловы и

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

подошвенные рефлексy живые, равные. Правая нога холоднее левой. Пульс на тыльной артерии стопы хорошего наполнения.

Вопросы к задаче №5:

1. Определите локализацию патологического процесса.
2. Дайте патофизиологическое истолкование выявленных симптомов.
3. Назовите клинический диагноз.
4. Каков патогенез и прогноз данного заболевания?
5. Быстрая ориентировка в диагностике (разгибание и отведение стопы, гипестезия на тыле стопы и первом межпальцевом промежутке).

Задача №6. Больной 36 лет. Получил осколочное ранение в область шейных позвонков потерял сознание, на непродолжительное время возник паралич рук и ног, появились запоры и задержка мочеиспускания, которая затем сменилась недержанием мочи. На рентгенограммах позвоночника крупнооскольчатый перелом дужек и суставных отростков 4 и 5 шейных позвонков смещением по направлению к позвоночному каналу. Через две недели была проведена операция-ляминэктомия 4-го, 5-го шейных позвонков. После операции стали восстанавливаться движения преимущественно правой руки и ноги. Наметилось улучшение функции тазовых органов. На задней поверхности шеи виден послеоперационный рубец от края волос до остистого отростка первого грудного позвонка. Функция черепно-мозговых нервов не нарушена. Синдром Клод-Бернара-Горнера слева. Движения головы ограничены в стороны. Атрофия мышц предплечий обеих рук. Атрофия межкостных и ладонных мышц правой кисти – «когтистая лапа»; менее выражена атрофия ладонных поверхностей левой кисти. Пальцы кисти сомкнуты в кулак. Объем активных движений в локтевых и плечевых суставах обеих рук незначительно ограничен. Тонус сгибателей и разгибателей плеч и предплечий понижен, мышечная сила уменьшена.

Объем активных движений ног резко ограничен, особенно в дистальных отделах. Тонус разгибателей ног повышен, мышечная сила резко ослаблена. Болевая и температурная чувствительность снижена в сегментах С-5 до Д-1, с Д-3 та же чувствительность понижена по проводниковому типу. Нарушено мышечно-суставное чувство в пальцах ног, и вибрационная чувствительность стоп до голеностопных суставов. Периостальные рефлексy на руках отсутствуют. Коленные и Ахилловы рефлексy высокие. Клонус стоп и коленных чашечек. Вызываются рефлексy Бабинского, Россолимо, Жуковского с обеих сторон. Брюшные, подошвенные и кремастерные отсутствуют. В спинно-мозговой жидкости белково-клеточная диссоциация. При пробе Квекенштедта давление жидкости повышается выше исходного и с прекращением проведения пробы не опускается до нормы.

Вопросы к задаче №6:

1. Где локализуется патологический процесс? Укажите уровень расположения его протяженность. Зарисуйте патологический очаг на соответствующей схеме.
2. Какой характер паралича рук и ног? В результате чего они возникли?
3. Как проявляется синдром Клод-Бернара-Горнера и чем его объяснить?
4. Какие осложнения могут иметь место при данной травме?
5. Какие показания к оперативному вмешательству?

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

6. Как исследуется симптом Оппенгейма?

Задача №7. Больной 27 лет. Полтора года назад появились общие эпилептические припадки, сначала редкие, а теперь 3-4 раза в месяц. Некоторым припадкам предшествовал обман обоняния – «запах горелого». Жаловался на головную боль. В последнее время стал хуже видеть, появилось двоение перед глазами, а так же слабость левой руки и ноги.

Находится в ясном сознании. Нарушений речи после судорожного припадка нет. Со стороны внутренних органов патологии не установлено. Артериальное давление 110/60 мм рт.ст. Острота зрения правого глаза 0,3, левого 0,4. Резко выраженные застойные соски зрительных нервов с многочисленными кровоизлияниями по краю. Сосков. Поля зрения обоих глаз ограничены. Цветовосприятие не нарушено. Птоз верхнего века правого глаза. Правый зрачок шире левого. Реакция на свет вялая с обеих сторон. Наружное косоглазие правого глаза. Ограничение его движений вверх и вниз. Движения левого глазного яблока не ограничены. Нистагма нет. Чувствительность кожи на лице сохранена, ослаблен правый корнеальный рефлекс. Левый угол рта опущен. Сглажена левая носогубная складка. Пробы Вебера и Швабаха нормальные. Глотание не нарушено. Голос звучный. Язык при высовывании из рта отклоняется влево от средней линии. Неловкость левой руки. Мышечная сила в ней снижена во всех сегментах. Объем движений, сила, тонус мышц в правых конечностях сохранены. Мозжечковые пробы выполняет точно. При ходьбе и при исследовании симптома Ромберга слегка пошатывается влево. Растройства чувствительности не обнаружено. Сухожильные и периостальные рефлексы – выше слева. Клонус левой стопы. Брюшные и подошвенные рефлексы слева ослаблены, справа живые. Симптом Оппенгейма, Бабинского слева.

В момент осмотра состояние больного резко ухудшилось: кричит от резчайшей боли в затылке, лицо побледнело, голова запрокинута назад, многократная рвота. Пульс 48 уд в 1 минуту. Спинно-мозговая пункция не проводилась.

Краниограмма: усиление сосудистых борозд свода черепа. Турецкое седло: спинка не дифференцируется, передние клиновидные отростки истончены, дно разрушено.

Пневмоэнцефалография- смещение желудочковой системы справа налево, центральный отдел левого бокового желудочка поджат книзу и кнаружи. На ангиограмме смещение вверх правой средней мозговой артерии и медиально сифона правой сонной артерии.

На ЭЭГ изменения биоэлектрической активности правого полушария в виде локального очага медленных волн.

Вопросы к задаче №7

1. Укажите где очаг поражения, и зарисуйте его на соответствующей схеме.
2. Как называется синдром двигательных нарушений выявленный у больного?
3. Какие доказательства установленного Вами топического диагноза?
4. Какие пробы для определения функции мозжечка Вы знаете?
5. Какой диагноз можно поставить в данном случае?
6. Чем объяснить внезапное ухудшение состояния больного в момент осмотра?

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

Задача №8. Больной 44-х лет. Упал с мотоцикла и ударился копчиком о грунт. Сразу ослабли ноги. В них появилось чувство ползания мурашек и тепла. Через два часа наступил полный паралич ног, задержка мочеиспускания. При осмотре через несколько часов отмечено, что функция черепно-мозговых нервов и рук не нарушена. Все активные движения ног невозможны. Тонус, в мышцах ног равномерно снижен. Отсутствие болевой и температурной чувствительности, с обеих сторон в пределах со второго поясничного по второй сакральный сегменты. Коленные и Ахилловы рефлексы не вызываются. Подошвенных рефлексов нет. Брюшные рефлексы живые без разницы сторон. Спустя две недели восстановилось нормальное мочеиспускание. Через три месяца стал передвигаться опираясь на палочку. В ногах восстановилась чувствительность, появились коленные рефлексы.

Спустя полгода подскользнулся, упал, подняться не смог, так как внезапно развился паралич стоп, снова резко ослабли ноги. Во время обследования установлено: движения в голеностопных суставах и пальцах стоп отсутствуют. Стопы свисают. Мышечный тонус ног равномерно снижен. Отсутствуют болевая и температурная чувствительность с пятого поясничного сегмента по пятый сакральный симметрично с обеих сторон. Ахилловы рефлексы не вызываются. Задержка мочи и запор. Через несколько дней появились обширные пролежни в области крестца и больших вертелов. Моча при полном мочевом пузыре выделялась каплями. Больной отмечает отсутствие эрекции и эякуляции.

Вопросы к задаче №8

1. Укажите где первоначальный и последующий очаги поражения. Какие доказательства в пользу Вашего предположения? Зарисуйте очаг на соответствующей схеме, его длину и поперечник.
2. Как называется растройство мочеиспускания в этих случаях?
3. Определить клинический диагноз и дать его обоснование.
4. С каким заболеванием следует провести дифференциальный диагноз?
5. Объяснить патофизиологию каждого симптома.
6. В состоит особая опасность этого заболевания?
7. Как вызывается анальный, кремастерный рефлексы. Где рефлекторная дуга этих рефлексов?
8. Какие необходимые исследования не сделаны в данном случае?

Задача №9. Больная 43 лет, имеет высшее образование. Недавно родственники заметили, что выйдя из комнаты в коридор больная не знает, как возвратиться обратно. Разучилась надевать платье, обувь, пользоваться чашкой, ложкой. Больную приходится кормить. Появилась головная боль.

Обоняние сохранено. Острота зрения правого глаза 0,9, левого 0,8. Границы сосков зрительных нервов ступенчатые, артерии узкие, вены расширены. Зрачки равные, реакция на свет хорошие. Движения глаз не ограничены. Птоза нет. Опушен правый угол рта. Функция остальных черепно-мозговых нервов не нарушена. Парезов нет, но больная не может произвести предлагаемых действий. Не может нарисовать плана своей комнаты. Не может назвать

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

показанный ей палец собственной руки. Гемигипалгезия справа. Утрата чувства локализации на правой половине тела. Сухожильные и периостальные рефлексы чуть выше слева. Брюшные рефлексы равны. Патологических рефлексов нет. Спинно-мозговая жидкость прозрачна. Давление 320 мм водного столба. Белок 0,33 промилли, цитоз 5/3. Положительная реакция Панди. Реакция Вассермана в спинно-мозговой жидкости отрицательная.

На рентгенограмме черепа отмечаются усиленные пальцевые вдавления в костях свода черепа. Размеры турецкого седла увеличены. Спинка его выпрямлена. И несколько отклонена кзади. Смещение желудочковой системы на ПЭГ вправо, третий желудочек стоит косо. На ангиограмме в прямой проекции определяется смещение дистальных отделов ветвей средней мозговой артерии книзу, ангиографическая Сильвиева точка так же смещена книзу.

Вопросы к задаче №9

1. как называется расстройство движений указанные в анамнезе болезни выявленные при обследовании?
2. Определить локализацию патологического очага?
3. Дать обоснование клинического диагноза.

Задача №10. Больной 40 лет, имеет высшее образование. В течение нескольких месяцев беспокоит головная боль, которая сопровождается приступами, во время которых появляются в левых полях зрения светящиеся точки. Все предметы расположенные слева, кажутся серыми, однотонными; недавно появилось пошатывание вправо при ходьбе, неуверенность правой руки.

Объективно: больной вял, периодами эйфоричен, неряшлив. Снижено критическое отношение к себе и окружающему. Обоняние сохранено. Острота зрения правого глаза 0,8, левого 0,6. Застойные соски зрительных нервов с кровоизлияниями. Левосторонняя гемианопсия с сохранением макулярных полей зрения Зрачки равные. Фотореакции сохранены. Чувствительность на коже лица сохранена. Ослаблен правый корнеальный рефлекс. Слегка опущен левый угол рта. Глотание, фонация не нарушены. Язык высовывается по средней линии. При ходьбе отклоняется вправо. Стоя с закрытыми глазами пошатывается назад и вправо. Движения в конечностях сохранены, без разницы сторон. Снижение мышечного тонуса в правой руке и ноге. При пальце-носовой пробе правой рукой промахивается кнаружи. Асинергия. Все виды чувствительности сохранены. Сухожильные рефлексы слева выше. Патологических рефлексов нет. В спинно-мозговой жидкости положительная реакция Панди. Белок 1,6 промилли, цитоз 6/3. Реакция Вассермана отрицательная.

При рентгенографии грудной клетки патологии не выявлено. Рентгенограмма черепа усиление пальцевых вдавлений, деструкция спинки турецкого седла.

Вопросы к задаче №10

1. Где находится патологический процесс?
2. Определите клинический диагноз.
3. Какие дополнительные обследования следовало бы провести для уточнения диагноза?
4. В чем состоит существенный недостаток в обследовании больного?

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

Задача №11. Пациент 53 лет жалуется на общую слабость, шаткость при ходьбе, приступы судорог в левой руке.

Болен в течение года, когда впервые возник приступ судорог в левой руке. Приступы регулярно повторялись с частотой 2-3 раза в месяц; больной не лечился. Около месяца назад окружающие заметили изменение в поведении- больной стал заторможенным, присоединилась легкая слабость в левой руке.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: острые респираторные инфекции. Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность не отягощена. Тубконтакт не установлен. Черепно-мозговые травмы, переломы, операции в анамнезе отсутствуют.

STATUS PRAESENS. Общее состояние средней тяжести. Умеренное оглушение. Телосложение астеническое. Кожные покровы чистые, землистой окраски. Тургор снижен. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. **ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ** 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 130/80 мм рт.ст. **ПУЛЬС** 84 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные.

Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

Больной заторможен, медленно отвечает на вопросы, устает в беседе. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубная складка справа сглажена. Слух не нарушен, Фоная и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Легкий левосторонний гемипарез, более выраженный в руке. Положительная проба Барре слева. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, S>D. Определяются патологические рефлексы Россолимо, Маринеску-Радовичи с обеих сторон. В позе Ромберга неустойчив. Координаторные пробы выполняет неуверенно с мимопаданием слева. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Больной обследован. Заключение офтальмолога: Ангиопатия сетчатки обоих глаз.

Вопросы к задаче № 11:

1. Уточните топический очаг поражения.
2. Предварительный клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Тактика лечения.
5. Прогноз заболевания.

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

Задача №12. Больной 47 лет, жалуется на онемение правой руки и ноги, онемение по наружному краю левой стопы, слабость в правой руке.

Боли в шейном отделе в течении многих лет. Онемение правой ноги отмечает в течение 5 лет. Проходил курсы консервативного лечения с незначительным эффектом. Ухудшение развилось около 2 лет назад, когда больной отметил появление слабости, онемения в правой руке.

Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность не отягощена. Тубконтакт не установлен. Черепно-мозговые травмы, переломы, в анамнезе отсутствуют. Перенесенные операции- аппендэктомия.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор снижен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 14 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 130/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 84 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен, Фоная и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц в правой стопе- 3 балла, в левой- 4 балла. Сухожильные и периостальные рефлексы D>S с рук, D=S с ног, оживлены, двусторонние рефлексы Бабинского. Патологические рефлексы Россоломо, Маринеску-Радовичи. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Чувствительность на туловище сохранена. Гипестезия в зоне иннервации С6-Th1 справа, L4-L5 справа. Слабость тыльного сгибания правой стопы.

Вопросы к задаче № 12.

1. Определите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Тактика лечения.

Задача №13. Больной 39 лет, жалуется на боли в поясничном отделе позвоночника, иррадиирующие по передней поверхности левой ноги, усиливающиеся при физической нагрузке, онемение передней поверхности левого бедра.

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

Боли в поясничной области около 20 лет. Ухудшение возникло около 3 лет назад, курсы консервативной амбулаторной терапии у невролога без эффекта. В течение 2 лет возникла иррадиация болей по передней поверхности левой нижней конечности.

Перенесенные заболевания: хронический обструктивный бронхит. Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность не отягощена. Тубконтакт не установлен. Черепно-мозговые травмы, переломы, операции в анамнезе отсутствуют.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких жестковатое дыхание, единичные сухие хрипы. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 120/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 78 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

Сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительных и мимических нарушений на лице нет. Слух не нарушен. Фокация и глотание в норме. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы на руках D=S. Коленный рефлекс S<D. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Движения в поясничном отделе позвоночника ограничены. Правосторонний сколиоз в поясничном отделе. Симптом Ласега отрицателен. Гипестезия в зоне иннервации L1-L2 слева.

Вопросы к задаче №13.

1. Уточните топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз. Дифференциальный диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Лечение.

Задача № 14. Пациент 38 лет, жалуется на периодические приступообразные боли в шее с иррадиацией в левую теменно-затылочную область, сильное головокружение, шаткость при ходьбе. Болен в течение 7 лет. Консервативное лечение у невролога обеспечивает временный эффект.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: язвенная болезнь 12 перстной кишки (резекция желудка в 1989 г). Черепно-мозговые травмы, переломы в анамнезе отсутствуют

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски.

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 14 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 110/70 мм рт.ст. ПУЛЬС 78 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. При движении в шее возникает крупноразмашистый нистагм. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фокация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S. Двусторонние рефлексы Россолимо (верхний и нижний). В позе Ромберга неустойчив. Координаторные пробы руками выполняет удовлетворительно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы к задаче № 14:

1. Уточните топический очаг поражения.
2. Клинический предварительный диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Лечение данного пациента.

Задачи № 15: Больной, 65 лет, жалуется на частые головные боли, сопровождающиеся головокружением, общую слабость, двоение в глазах при взгляде в стороны, снижение остроты зрения больше на правый глаз.

Считает себя больным в течение трех лет, когда впервые появилось снижение зрения, позднее присоединились головные боли, двоение в глазах.

Перенесенные заболевания: грипп. Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность не отягощена. Тубконтакт не установлен.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 65 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 120/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 65 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние не нарушено, снижение зрения больше на правый глаз, диплопия при взгляде вправо. Не доводит правое глазное яблоко до крайнего правого положения. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Правосторонняя тугоухость. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга неустойчив с тенденцией отклонения вправо. Координаторные пробы выполняет с мимопопаданием правыми конечностями. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы к задаче №15:

1. Определите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Тактика лечения и его детальная характеристика.

Задача №16. Пациент 50 лет, жалуется на опоясывающие боли в грудном отделе позвоночника, усиливающиеся при любых движениях, слабость в ногах, снижение чувствительности в нижних конечностях, больше слева.

Боли в течении 3 недель, когда после физической нагрузки появились боли в грудном отделе позвоночника. На фоне болей отмечен подъем температуры тела до 38,8 С, после чего сохраняется стойкий субфебрилитет.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: гепатит В, активность минимальна.

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 130/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 76 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц с рук нормальный, сила не изменена. Нижний спастический парез (слева- 2 балла, справа- 4 балла). Сухожильные и периостальные рефлексы с рук D=S, с ног рефлексы оживлены D<S. Рефлекс Бабинского слева, клонус левой стопы. В позе Ромберга неустойчив из-за слабости в ногах. Проводниковая гипестезия поверхностной чувствительности справа ниже уровня реберной дуги. Координаторные пробы выполняет неуверенно.

Вопросы к задаче № 16:

1. Определите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза (см. приложение к задаче).
4. Тактика лечения и его характеристика.

Приложение к задаче № 16.

Больной обследован. Клинический анализ крови. Эритроциты (млн) 3.03, Гемоглобин (г/л) 103, Тромбоциты (тыс) 377, Гематокрит 28, СОЭ (мм за 1 час) 47, Лейкоциты 7,98, Эозинофилы (%) 6 Палочкоядерные (%) 17, Сегментоядерные (%) 43, Лимфоциты (%) 26, Моноциты (%) 14.

Задача №17. Больной 40 лет, жалуется на интенсивные диффузные головные боли в лобной области, снижение зрения, тошноту, многократную рвоту.

Головные боли и головокружение отмечает в течение года. Улучшение состояния достигается на фоне дегидратационной терапии в неврологическом отделении по месту жительства: (до 120 мг лазикса в сутки). Перенесенные заболевания: варикозная болезнь вен нижних конечностей.

Общее состояние средней тяжести. Стонет, держится за голову. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 120/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 56 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

Больной замедлен в движениях, с задержкой отвечает на поставленные вопросы, сонлив. Положительные симптомы Кернига с обеих сторон. Обоняние не нарушено. Экзофтальм. Сходящееся косоглазие. Наблюдается парез взора вверх. Глазные щели D=S. Нистагм крупноразмашистый при взгляде во все стороны. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена.

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц снижен. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S, высокой амплитуды с ног. Патологические рефлексы отсутствуют. Координаторные пробы не выполняет из-за тяжести состояния. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы к задаче № 17:

1. Топический очаг поражения.
2. Клинический предварительный диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Тактика лечения.

Задача № 18. Больная 51 года жалуется на жгучие боли в правой верхней конечности с уровня локтевого сустава и до III, IV, V пальцев, снижение силы в правой кисти. Боли плохо купируются приемом анальгетиков.

Заболела около двух месяцев назад, когда упала с высоты 2 метров на правый локтевой сустав. Лечилась с диагнозом ушиб локтевого сустава у травматолога-ортопеда. Через 2 недели после травмы появились и стали нарастать выше описанные боли.

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен, Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц правой кисти снижена до 4 баллов. Движения IV, V пальцами умеренно ограничены. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет уверенно. Гипестезия в зоне иннервации локтевого, срединного нервов справа с уровня локтевого сустава до кисти.

Вопросы к задаче № 18.

1. Топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза (см. приложение к задаче).
4. Тактика лечения.

Приложение к задаче № 18.

Больная обследована. Электронейромиография с мышц верхних конечностей. Заключение: демиелизирующая сенсомоторная невропатия правого срединного нерва. Частичный блок проведения по правому локтевому нерву на уровне локтевого сустава.

Задача №19. Женщина 50 лет жалуется на головные боли, преимущественно по утрам, снижение остроты зрения на правый глаз.

Полгода назад внезапно на фоне полного здоровья появилась сильная головная боль, тошнота со рвотой. Машиной «Скорой помощи» была переведена в городскую больницу по месту жительства, где госпитализирована в неврологическое отделение с диагнозом: острое нарушение

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

мозгового кровообращения. Был проведен курс консервативной терапии с постепенным улучшением состояния. Месяц назад возник повторный эпизод интенсивной головной боли, в связи с чем госпитализирована повторно.

Сознание ясное. Ригидность затылочных мышц + 2 см, двусторонние положительные симптомы Кернига. Обоняние не нарушено. Зрение снижено на правый глаз. Слабость конвергенции справа. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фокация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S с оживлением коленных. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет уверенно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы к задаче №19:

1. Топический очаг поражения.
2. Клинический предположительный диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Тактика лечения.

Задача № 20. Женщина 47 лет жалуется на отсутствие движений и чувствительности в ногах. Считает себя больной в течение последнего года, когда стала отмечать появление слабости, онемение в ногах, которая носила медленно прогрессирующий характер. Шесть месяцев назад перестала ходить. Курсы консервативной терапии не дали ожидаемого эффекта.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: хронический панкреатит, холецистит.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Суставы рук не изменены, ограничение движений в коленных и голеностопных суставах. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 140/85 мм рт.ст. ПУЛЬС 76 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена.

Сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительных и мимических нарушений на лице нет. Слух не нарушен. Фокация и глотание в норме. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы на руках живые D=S. Сухожильные и периостальные рефлексы на ногах повышены с расширением рефлексогенных зон. Нижняя спастическая парапарезия. Патологические рефлексы Бабинского с обеих сторон. Стояние в позе Ромберга невозможно. Координаторные пробы верхними конечностями выполняет удовлетворительно. Анестезия всех видов чувствительности на всем протяжении ниже края

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

реберной дуги. В то же время отмечается «просветление» ощущений в аногенитальной зоне. Тазовые функции: мочеиспускание контролирует, временами отмечаются запоры до 3-5 дней.

Вопросы к задаче № 20:

1. Топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Тактика лечения.

Задача № 21. Больная 67 лет, поступила в нейрохирургическое отделение с жалобами на периодическую головную боль, локализирующиеся в области лба слева, головокружение, снижение зрения, памяти, опущение левого верхнего века, двоение в глазах.

Впервые головная боль начала беспокоить 5 месяцев назад. Возникновение боли пациентка связывает с эпизодом падения в общественном транспорте. Через 2 месяца появилось двоение в глазах. Через месяц возникло прогрессирующее опущение левого верхнего века. Данные жалобы прогрессировали до госпитализации.

Перенесенные заболевания: гипертоническая болезнь II ст.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 130/90 мм рт.ст. ПУЛЬС 72 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние не нарушено. Птоз и расходящееся косоглазие слева. Глазные щели D>S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен, фонация и глотание сохранены. Девиация языка вправо. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет уверенно.

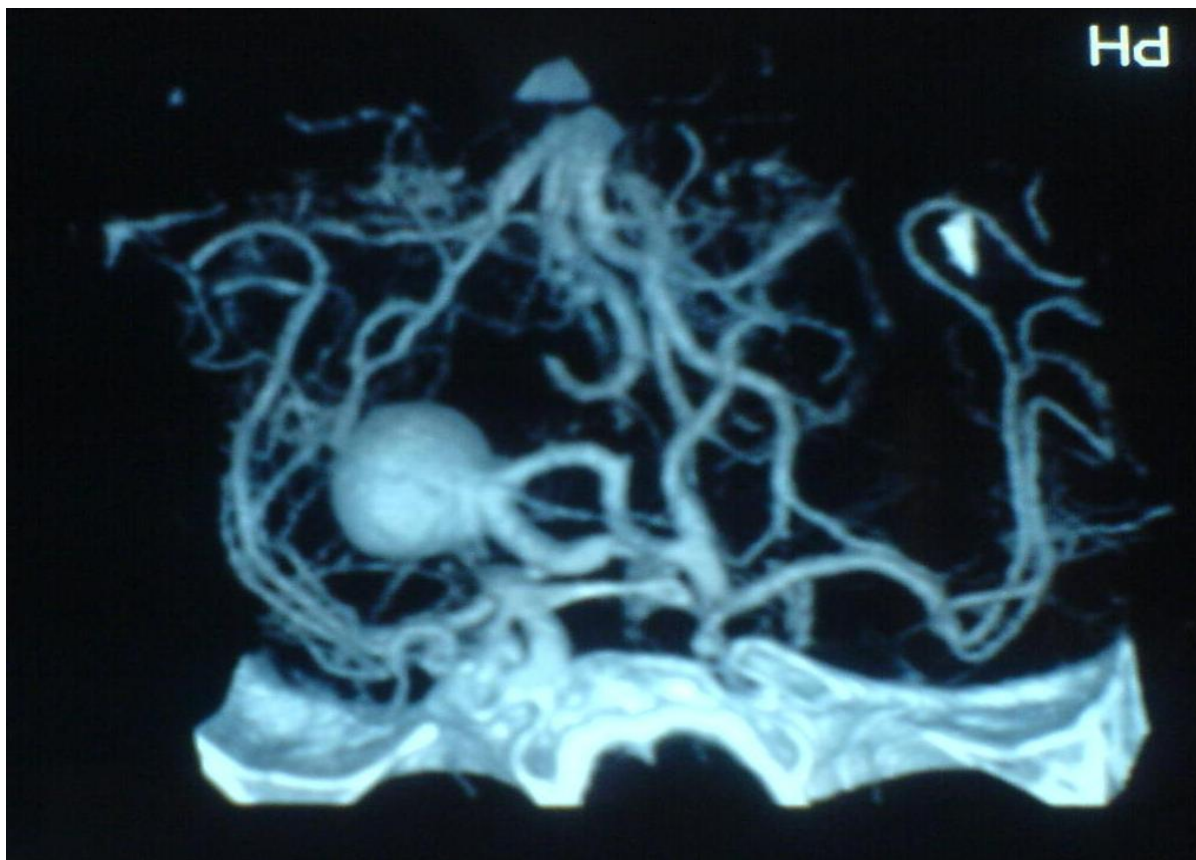
Вопросы к задаче № 21:

1. Топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза (см. приложение к задаче).
4. Тактика лечения.

Приложение к задаче № 21.

Больная обследована. В ходе панангиографии сосудов головного мозга установлена следующая картина.

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		



Задача № 22. Больная 60 лет, поступила в нейрохирургический стационар с жалобами на боль в шейном отделе позвоночника, сковывающего характера, усиливающуюся при поворотах и наклонах головы, периодическое головокружение, общую слабость.

Боли начали беспокоить 3 месяца назад, возникновение боли связывает с падением. В ходе проведенного обследования (МРТ шейного отдела позвоночника) установлено очаговое поражение С3 позвонка, с патологическим его переломом.

Перенесенные заболевания - ОРЗ, ОРВИ. Узловой зоб (2 месяца назад произведена тотальная струмэктомия (принимает L-тироксин)), гипертоническая болезнь.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 14 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 160/100 мм рт.ст. ПУЛЬС 72 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен, фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы на руках D=S. Сухожильные и периостальные рефлексы на ногах D>S. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчива.

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

Координаторные пробы выполняет уверенно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

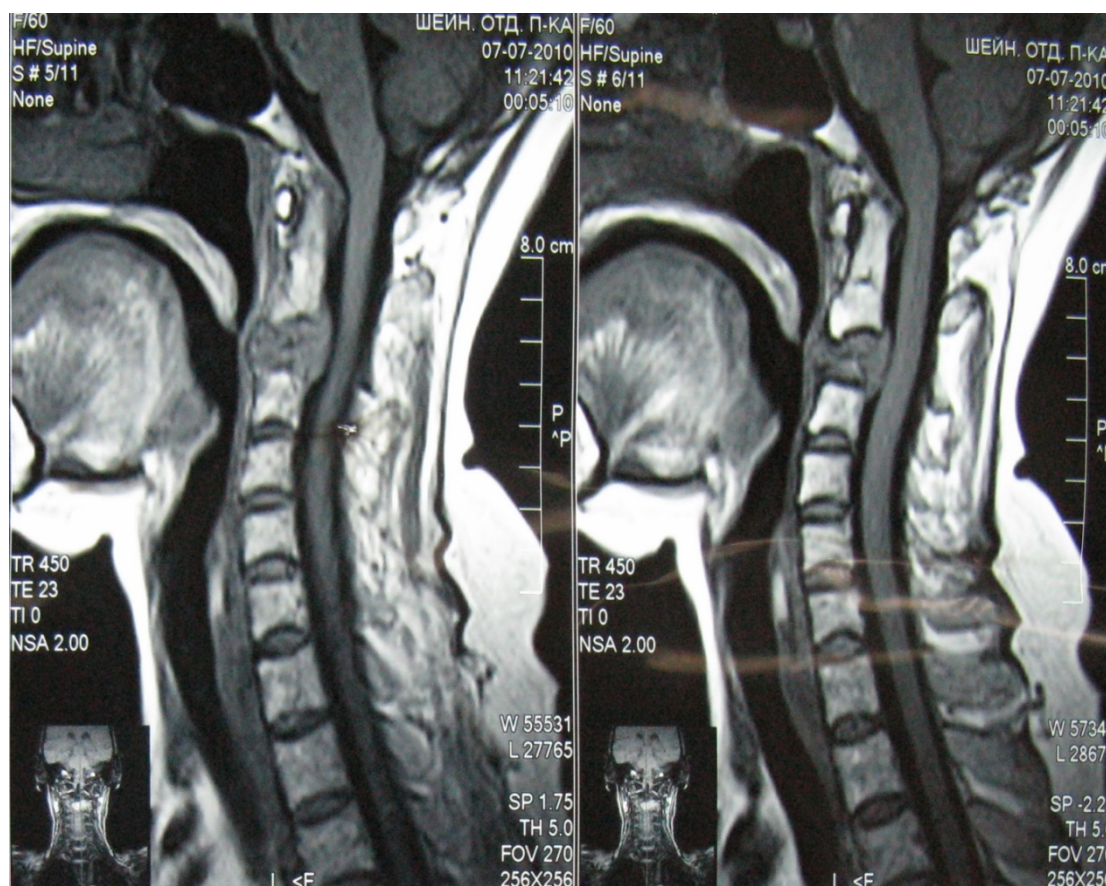
Вопросы к задаче № 22.

1. Топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза (см. приложение к задаче).
4. Тактика лечения.

Приложение к задаче № 22.

Больная обследована. Общий анализ крови: Эритроциты (млн) 3,96. Гемоглобин (г/л) 123. Тромбоциты (тыс) 354. Гематокрит 35. СОЭ (мм за 1 час) 50. Лейкоциты (тыс) 5,35. +.

МР- томография шейного отдела позвоночника.



Задача № 23. Больная 54 года, поступила в нейрохирургический стационар с жалобами на умеренную головную боль, головокружение, шаткость, неустойчивость при ходьбе, с тенденцией падения вправо, снижение слуха на правое ухо, нарушение почерка.

Со слов больной, заболевание началось с незначительного снижения слуха на правое ухо, отмеченное около 6 лет назад. Консультирована сурдологом. Патологии не выявлено. Через 3 года присоединилось головокружение, шаткость при ходьбе. Обратилась к неврологу по месту жительства. Лечилась консервативно с положительным эффектом. Данные жалобы постепенно

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

прогрессировали. Резкое ухудшение произошло 1,5 месяца назад. Усилилось головокружение, шаткость при ходьбе с тенденцией падения вправо.

Перенесенные заболевания – грипп. Венерические заболевания, вирусные гепатиты отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность не отягощена. Тубконтакт не установлен. Черепно-мозговые травмы, переломы, операции в анамнезе отсутствуют.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 120/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 76 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

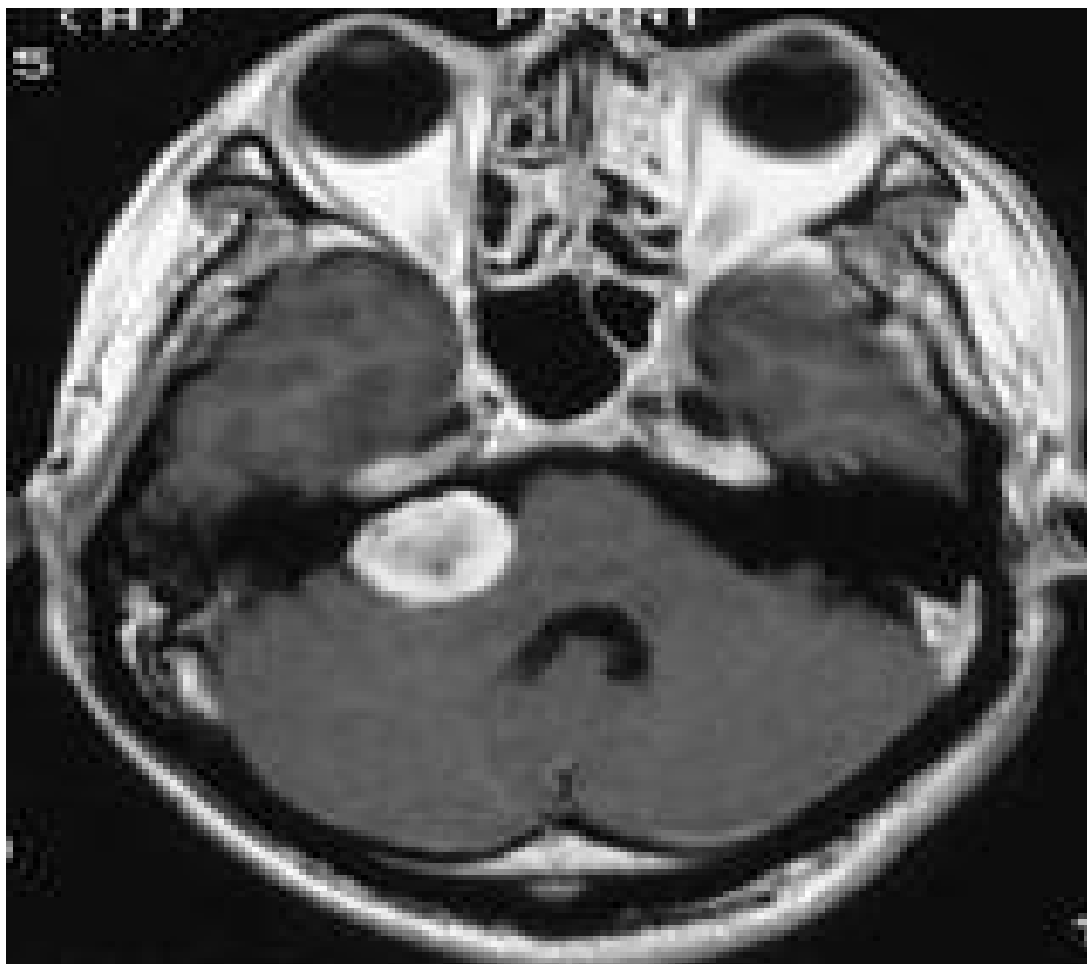
Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние не нарушено. Зрение снижено. Движения глаз в полном объеме. Снижен правый корнеальный рефлекс. Глазные щели D=S. Горизонтально-ротаторный нистагм при взгляде в обе стороны. Зрачки D=S. Гипестезия лица справа. Носогубные складки симметричны. Слух справа отсутствует. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S, повышены с расширением рефлексогенных зон. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга неустойчива, с тенденцией падения вправо. Аудиодохокинез справа. Координаторные пробы выполняет с мимопопаданием справа. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы к задаче № 23:

1. Топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза (см. приложение к задаче).
4. Тактика лечения

Приложение к задаче № 23.

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		



Задача № 24. Больной, 9 лет, жалуется на ежедневные головные боли, прогрессирующее ухудшение зрения на оба глаза, жажду (выпивает в день до 5 литров жидкости).

В возрасте 3 лет отмечен эпизод острого респираторного заболевания, вскоре после которого появились вышеописанные симптомы. В течение последнего года отметил ухудшение зрения, перестал замечать предметы, расположенные по сторонам.

В возрасте 6 лет перенес гепатит А. Периодически- острые респираторные заболевания. Страдает энурезом.

Объективно: состояние удовлетворительное. При разговоре и внешнем осмотре отмечается задержка физического и психического развития. Питание повышено. Настроение ровное. Положение активное. Кожные покровы чистые, суховаты, физиологической окраски. Тургор сохранен. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 12 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Шумы отсутствуют. АД 90/60 мм рт.ст. ПУЛЬС 72 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена.

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное, учащенное.

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние не нарушено. При периметрии выявляется сужение височных половин полей зрения. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S; общий рефлексорный фон повышен. Силовых нарушений не выявлено. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы к задаче № 24:

1. Укажите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Возможный патогенез энуреза у больного.
4. Дополнительные методы диагностики заболевания (см. приложение к задаче) и ожидаемые результаты.
5. Лечение данного заболевания.

Приложение к задаче № 24.

На рентгенограммах черепа: передне-задний размер турецкого седла составляет 32 мм. В его проекции и супраселлярно визуализируется множество мелких кальцинатов.

Задача № 25. Больная, 42 лет, обратилась на амбулаторный прием к неврологу. Предъявляет жалобы на интенсивную диффузную головную боль, усиливающуюся в ночное и утреннее время, особенно при попытке встать с постели, при перемене положения головы.

В течение трех последних месяцев ощущает чувство дурноты в транспорте. Около месяца назад заметила, что плохо понимает обращенную к ней речь, пропускает буквы в словах при письме. Интенсивность головной боли за это время прогрессивно нарастает.

В анамнезе жизни- хронический калькулезный холецистит (на данный момент- вне обострения), фибромиома матки.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Эмоциональная лабильность. Положение активное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы отсутствуют. АД 120/90 мм рт.ст. ПУЛЬС 67 в минуту. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации слабо болезненный в правом подреберьи. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

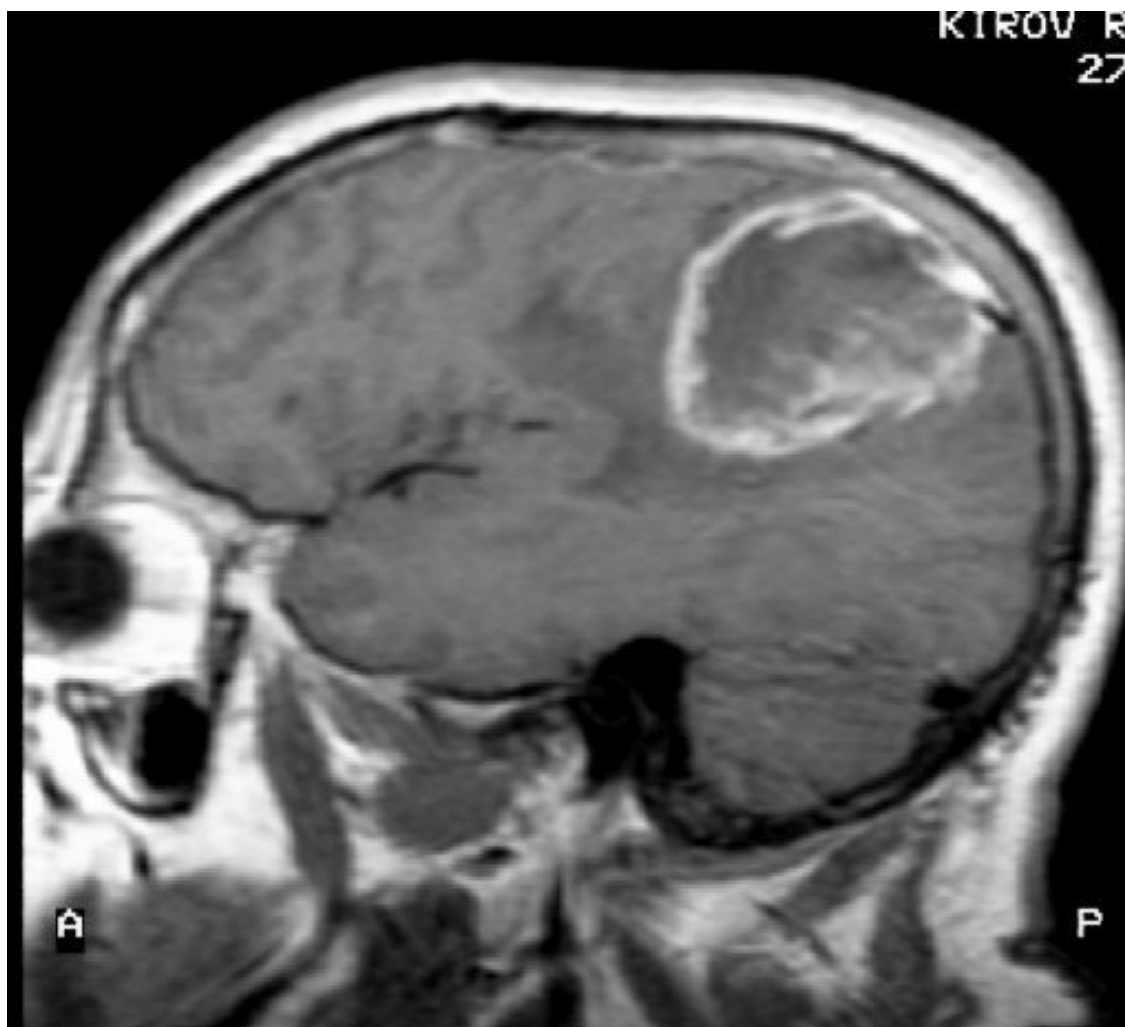
Сознание ясное. Плохо понимает обращенную речь, сама говорит с ошибками. Ригидность затылочных мышц + 2 см. Обоняние не нарушено. Зрение не страдает. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Сглаженность правой носогубной складки. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы D>S; рефлекс Бабинского справа. Правосторонний гемипарез (в руке- 3 балла, в ноге- 4 балла). В позе Ромберга неустойчива с тенденцией отклонения вправо. Координаторные пробы выполняет хуже правыми конечностями. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

При рентгенографии черепа костно-деструктивной патологии не выявлено.

Вопросы к задаче № 25:

1. Укажите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы диагностики заболевания. (см. приложение к задаче). Объясните причину отсутствия патологических изменений костей черепа на рентгенограмме.
4. Лечение данного заболевания.

Приложение к задаче № 25



Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

Задача № 26. Больной, 24 лет, при поступлении предъявляет жалобы на интенсивную диффузную головную боль распирающего характера, тошноту, рвоту, периодическую икоту, двоение в глазах.

Появление перечисленных жалоб отмечено около 2 месяцев назад, когда возникла боль в левом глазном яблоке. Боль постепенно прогрессировала; в последние три дня появилась диплопия, тошнота со рвотой, выросла интенсивность головной боли.

Хронических заболеваний не отмечено. Аллергологический анамнез не отягощен.

Общее состояние средней степени тяжелое. Умеренное оглушение. Больной лежит только на левом боку. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 18 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 110/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 54 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения.

Больной сонлив, мало разговаривает. Ориентирование в месте, времени и собственной личности сохранено. Обоняние и зрение не нарушены. Двустороннее сходящееся косоглазие. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Дисфония. Глотание сохранено. Язык по средней линии. Диффузная мышечная гипотония. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S, снижены. Патологические рефлексы отсутствуют. Пальценосовую пробу выполняет слева с мимопопаданием и интенционным тремором. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

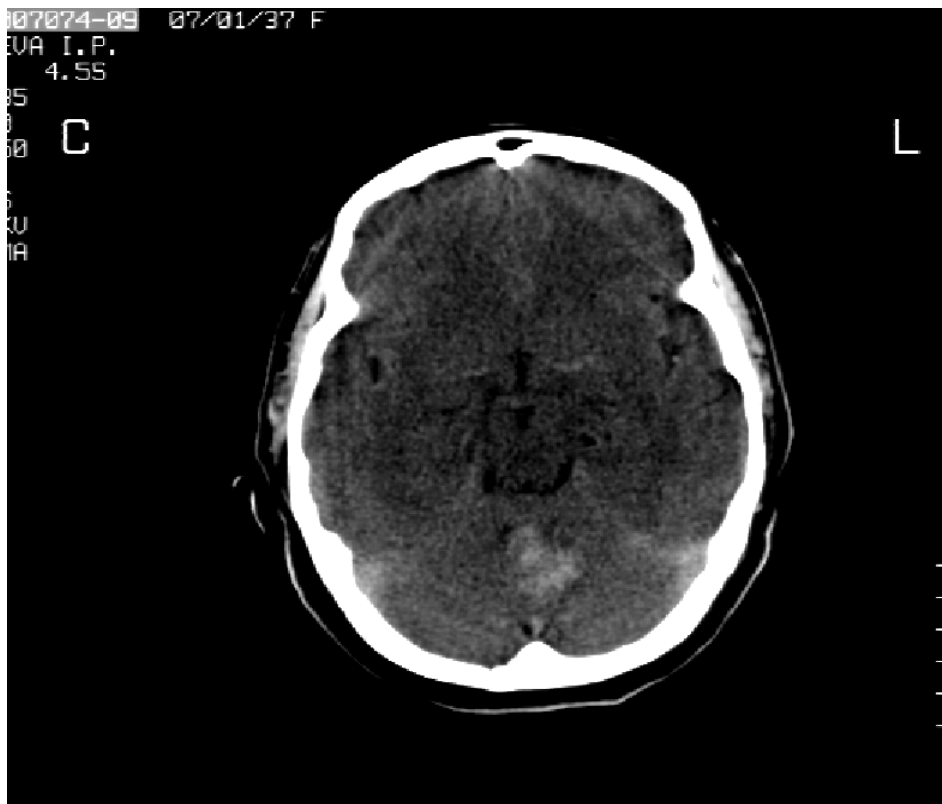
Вопросы к задаче № 26:

1. Укажите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Интерпретируйте результаты дополнительного обследования (см. приложение к задаче).
4. Лечение данного заболевания, последовательность лечебных мероприятий.

Приложение к задаче № 26.

Больной обследован. Выполнена компьютерная томография головного мозга.

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		



Задача № 27. Больная, 44 лет, жалуется на головные боли в височной области справа, повышение АД до 190/100 мм.рт.ст.

Головные боли возникли около трех месяцев назад, когда больная проходила консервативное лечение в терапевтическом отделении по поводу обострения хронического панкреатита. В ходе госпитализации у больной был впервые отмечен генерализованный приступ с потерей сознания, который начался с падения больной, судорожного поворота головы и глаз влево. В дальнейшем развились тонико-клонический судороги продолжительностью 20 минут с последующим постприпадочным сном в течение полутора часов.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: гипертоническая болезнь 2 ст., хронический панкреатит. Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность не отягощена. Тубконтакт не установлен. Черепно-мозговые травмы, переломы в анамнезе отсутствуют.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 140/90 мм рт.ст. ПУЛЬС 76 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

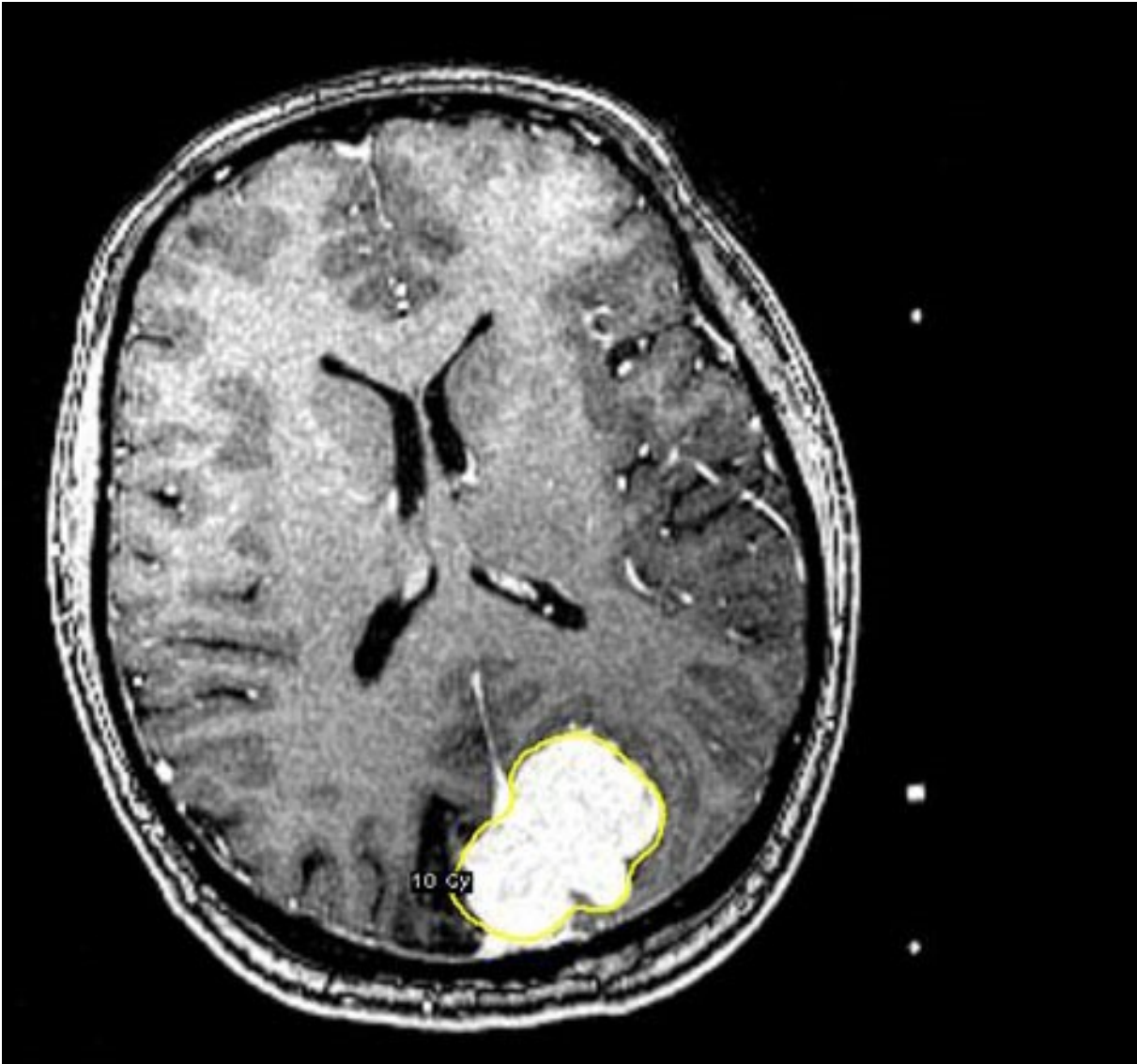
Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет уверенно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы к задаче № 27.

1. Укажите топический очаг поражения нервной системы.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза, предполагаемые результаты объективных методов диагностики (см. приложение к задаче).
4. Лечение данной больной.

Приложение к задаче № 27.

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		



Задача № 28. Больной, 43 лет, жалуется на головную боль, шаткость при ходьбе, неловкость в правых конечностях, снижение памяти. Больным себя считает около 3 месяцев, когда появились и стали нарастать вышеперечисленные жалобы.

Общее состояние средней тяжести. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, бледные. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Периферических отеков нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 14 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 100/70 мм рт.ст. ПУЛЬС 66 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

Больной малоактивен, говорит неохотно, мало. Ригидность мышц затылка (+ 4 см). Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

D=S. Чувствительность лица не нарушена. Сглажена правая носогубная складка. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц повышен справа по пирамидному типу. Правосторонний гемипарез (4 балла). Сухожильные и периостальные рефлексy D>S. Патологические рефлексy: положительные рефлексy орального автоматизма, двусторонний симптом Россолимо. В позе Ромберга неустойчив. Координаторные пробы выполняет неуверенно правыми конечностями. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы к задаче № 28.

1. Выделите симптомы, сгруппируйте их в синдромы.
2. Топический диагноз.
3. Клинический диагноз.
4. Интерпретируйте результаты обследования (см. приложение к задаче).
5. Лечение данного заболевания.

Приложение к задаче № 28.

Больной обследован. При лабораторном обследовании патологии не выявлено. Выполнена МРТ головного мозга.



Задача № 29. Больной, 9 лет, жалуется на ежедневные головные боли, прогрессирующее ухудшение зрения на оба глаза, жажду.

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

ANAMNESIS MORBI. В возрасте 3 лет отмечен эпизод острого респираторного заболевания, вскоре после которого появились вышеописанные симптомы. В течение последнего года отметил ухудшение зрения, перестал замечать предметы, расположенные по сторонам.

ANAMNESIS VITAE. В возрасте 6 лет перенес гепатит А. Периодически- острые респираторные заболевания. Страдает энурезом.

STATUS PRAESENS. Объективно: состояние удовлетворительное. При разговоре и внешнем осмотре отмечается задержка физического и психического развития. Питание повышено. Настроение ровное. Положение активное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 12 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Шумы отсутствуют. АД 90/60 мм рт.ст. ПУЛЬС 72 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

STATUS NEUROLOGICUS. Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние не нарушено. При периметрии выявляется сужение височных половин полей зрения. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S; общий рефлексорный фон повышен. Силовых нарушений не выявлено. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

На рентгенограммах черепа выявляется увеличение размеров турецкого седла, наличие мелких кальцинатов эндо- и супраселлярной локализации.

Вопросы к задаче № 29:

1. Укажите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Возможный патогенез энуреза у больного..
4. Дополнительные методы диагностики заболевания и ожидаемые результаты.
5. Лечение данного заболевания.

Задача № 30. Больной, 58 лет, находится в неврологическом отделении с жалобами на постоянные диффузные головные боли, головокружение, тошноту, слабость в левых конечностях.

ANAMNESIS MORBI. Головные боли впервые стали беспокоить полугода назад, постепенно нарастая по интенсивности и продолжительности. В течение последнего месяца отмечено два приступа судорог в левых конечностях продолжительностью 7-10 минут, не сопровождавшихся потерей сознания. Проходит лечение в неврологическом отделении по поводу предполагаемого острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу.

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

ANAMNESIS VITAE. Из сопутствующих заболеваний: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, мерцательная аритмия.

STATUS PRAESENS. Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Настроение ровное. Положение активное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 14 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца приглушены, аритмичны, временами отмечается дефицит пульса. Шумы отсутствуют. АД 140/100 мм рт.ст. ПУЛЬС 68-72 в минуту. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

STATUS NEUROLOGICUS. Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние не нарушено. Зрение не страдает. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Сглаженность левой носогубной складки. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы D<S; двусторонние рефлексы Бабинского. Левосторонний спастический гемипарез (3 балла). В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет хуже левыми конечностями. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

1. Укажите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы диагностики заболевания и ожидаемые результаты.
4. Лечение данного заболевания.

Задача № 31. Больная, 42 лет, обратилась на амбулаторный прием к неврологу. Предъявляет жалобы на интенсивную диффузную головную боль, усиливающуюся в ночное и утреннее время, особенно при попытке встать с постели, при перемене положения головы.

ANAMNESIS MORBI. В течение трех последних месяцев ощущает чувство дурноты в транспорте. Около месяца назад заметила, что плохо понимает обращенную к ней речь, пропускает буквы в словах при письме. Интенсивность головной боли за это время прогрессивно нарастает.

ANAMNESIS VITAE. Хронический калькулезный холецистит (на данный момент- вне обострения), фибромиома матки.

STATUS PRAESENS. Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Эмоциональная лабильность. Положение активное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы отсутствуют. АД 120/90 мм рт.ст. ПУЛЬС 67 в минуту. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации слабо болезненный в правом подреберьи. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

STATUS NEUROLOGICUS. Сознание ясное. Сенсорная афазия, аграфия, акалькулия. Ригидность затылочных мышц + 2 см. Обоняние не нарушено. Зрение не страдает. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Сглаженность правой носогубной складки. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексy D>S; рефлекс Бабинского справа. Правосторонний гемипарез (в руке- 3 балла, в ноге- 4 балла). В позе Ромберга неустойчива с тенденцией отклонения вправо. Координаторные пробы выполняет хуже правыми конечностями. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

При рентгенографии черепа костно-деструктивной патологии не выявлено.

Вопросы к задаче № 31:

1. Укажите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы диагностики заболевания. Объясните причину отсутствия патологических изменений костей черепа на рентгенограмме.
4. Лечение данного заболевания.

Задача № 32. Больной, 63 лет, предъявляет жалобы на головную боль затылочной локализации, сопровождающуюся тошнотой, рвотой, преимущественно в утренние часы.

ANAMNESIS MORBI. Трижды по утрам отмечал проходящее ощущение «ползания мурашек» в правых конечностях продолжительностью несколько минут. Окружающие отмечали, что несколько раз во время разговора останавливался на 3-4 секунды, а затем вновь продолжал начатую фразу. В течение полугода отмечает прогрессирующее ухудшение памяти, трудности в понимании речи.

ANAMNESIS VITAE. Гипертоническая болезнь 2 стадии, хронический калькулезный холецистит. Острый аппендицит (аппендектомия 26 лет назад).

STATUS PRAESENS. Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Эмоциональная лабильность. Положение активное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Акцент II тона в проекции аортального клапана. Шумы отсутствуют. АД 160/100 мм рт.ст. ПУЛЬС 68 в минуту. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации слабо болезненный в правом подреберьи. Мышечная защита не выражена.

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

STATUS NEUROLOGICUS. Сознание ясное, отмечается некоторая эйфория со снижением критики к своему состоянию. Обоняние не нарушено. Зрение не страдает. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Сглаженность правой носогубной складки. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексy D>S; рефлекс Бабинского справа. Правосторонний гемипарез (4 балла). В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

За время наблюдения в отделении состояние больного постепенно ухудшилось: стал вялым, сонливым, перестал контролировать тазовые функции, выросли речевые расстройства, появилась астазия-абазия, двусторонние симптомы Бабинского.

Вопросы к задаче 32:

1. Укажите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Укажите возможную причину резкого ухудшения состояния больного.
4. Дополнительные методы диагностики заболевания и интерпретация вероятных полученных данных.
5. Лечение данного заболевания.

Задача №33. Больная 48 лет, жалуется на слабость в левых конечностях, головную боль, общую слабость.

ANAMNESIS MORBI. Считает себя больной в течение последнего года, когда на фоне повышенных цифр артериального давления (160/110 мм рт. ст.) появилась сильная головная боль, головокружение, слабость в левых конечностях. Проходила курсы консервативной терапии в неврологическом отделении по месту жительства, которые не принесли видимого эффекта. В течение последнего месяца отмечено прогрессирующее нарастание слабости в левых конечностях.

ANAMNESIS VITAE. Перенесенные заболевания: ОРЗ, мастопатия. В течение 6 лет страдает гипертонической болезнью II ст. Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность не отягощена. Тубконтакт не установлен. Черепно-мозговые травмы, переломы, операции в анамнезе отсутствуют.

STATUS PRAESENS. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный, акцент II тона на аорте. Шумы отсутствуют. АД 140/100 мм рт.ст. ПУЛЬС 64 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный.

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

STATUS NEUROLOGICUS. Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы D<S. Левосторонний спастический гемипарез (4 балла- в руке; 3 балла- в ноге) . Патологический рефлекс Бабинского слева. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет хуже левыми конечностями. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Больная осмотрена окулистом: выявлена двусторонняя ангиопатия сетчатки.

Вопросы к задаче № 33:

1. Укажите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Возможный патогенез артериальной гипертензии.
4. Дополнительные методы диагностики заболевания и ожидаемые результаты.
5. Лечение данной больной.

Задача № 34. Больной, 24 лет, при поступлении предъявляет жалобы на интенсивную диффузную головную боль распирающего характера, тошноту, рвоту, периодическую икоту, двоение в глазах.

ANAMNESIS MORBI. Появление перечисленных жалоб отмечено около 2 месяцев назад, когда возникла боль в левом глазном яблоке. Боль постепенно прогрессировала; в последние три дня появилась диплопия, тошнота со рвотой, выросла интенсивность головной боли.

ANAMNESIS VITAE. Хронических заболеваний не отмечено. Аллергологический анамнез не отягощен.

STATUS PRAESENS. Общее состояние средней степени тяжелое. Умеренное оглушение. Больной лежит только на левом боку. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 18 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 110/80 мм рт.ст. ПУЛЬС 54 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

STATUS NEUROLOGICUS. Умеренное оглушение. Обоняние и зрение не нарушены. Двустороннее сходящееся косоглазие. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S.

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Дисфония. Глотание сохранено. Язык по средней линии. Диффузная мышечная гипотония. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексy D=S, снижены. Патологические рефлексy отсутствуют. Пальценосовую пробу выполняет слева с мимоподпаданием и интенционньм тремором. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена. Больной обследован. Выполнена компьютерная томография головного мозга (рис. 9).



Рис. 9. Компьютерная томограмма головного мозга больного 24 лет. В проекции задней черепной ямки определяется гиперденсная зона неправильной формы.

Вопросы:

1. Укажите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.
3. Интерпретируйте результаты компьютерной томографии.
4. Лечение данного заболевания, последовательность лечебных мероприятий.

Задача № 35. Больной, 43 лет, жалуется на головную боль, шаткость при ходьбе, неловкость в правых конечностях, снижение памяти.

ANAMNESIS MORBI. Больным себя считает около 3 месяцев, когда появились и стали нарастать вышеперечисленные жалобы.

ANAMNESIS VITAE. ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ОРЗ.

STATUS PRAESENS. Общее состояние средней тяжести. Умеренное оглушение.

Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, бледные. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте Дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 14 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 100/70 мм рт.ст. ПУЛЬС 66 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

STATUS NEUROLOGICUS. Умеренное оглушение. Ригидность мышц затылка (+ 4 см). Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Сглажена правая носогубная складка. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц повышен справа по пирамидному типу. Правосторонний гемипарез (4 балла). Сухожильные и периостальные рефлексy D>S. Патологические рефлексy: положительные рефлексy орального автоматизма, двусторонний симптом Россоломо. В позе Ромберга неустойчив. Координаторные пробы выполняет неуверенно правыми конечностями. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Больной обследован. При лабораторном обследовании патологии не выявлено. Выполнена МРТ головного мозга (рис. 10).

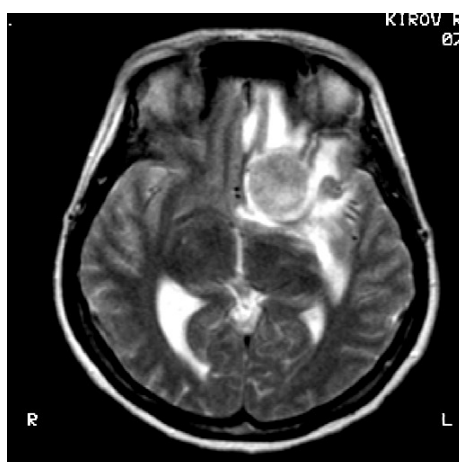


Рис. 10. МР- томограмма больного 43 лет.

Вопросы к задаче №35.

1. Выделите симптомы, сгруппируйте их в синдромы.
2. Топический диагноз.
3. Клинический диагноз.
4. Интерпретируйте результаты МРТ головного мозга.
5. Лечение данного заболевания.

Задача № 36. Больная, 59 лет, предъявляет жалобы на снижение слуха и шум в правом ухе, головные боли по утрам, стреляющие боли в правой половине лица продолжительностью от нескольких секунд до нескольких минут, шаткость при ходьбе с тенденцией к отклонению вправо, охриплость голоса.

ANAMNESIS MORBI. В течение нескольких лет страдает от болей в лице. Лечилась по поводу «невралгии тройничного нерва» без особого эффекта. Последние 6 месяцев стала отмечать шум и снижение слуха на правое ухо, головные боли по утрам. Позднее появилась шаткость при ходьбе.

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

ANAMNESIS VITAE. ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ОРЗ, грипп, хронический панкреатит.

STATUS PRAESENS. Общее состояние удовлетворительное. Ясное сознание. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 18 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 140/90 мм рт.ст. ПУЛЬС 78 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

STATUS NEUROLOGICUS. Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Мелкоразмахистый горизонтальный нистагм. Зрачки D=S. Гипестезия правой половины лица. Носогубные складки симметричны. Глухота справа. Мягкое небо справа провисает, язычок отклоняется влево. Язык по средней линии. Правосторонняя мышечная гипотония. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S. Сила мышц не изменена; патологических рефлексов нет. В позе Ромберга неустойчива с тенденцией отклонения вправо. Координаторные пробы выполняет с интенцией и мимопопаданием справа. Адиадохокинез справа. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

При осмотре больной сурдологом выявлена глухота справа, исчезновение правого лабиринтного рефлекса.



Рис. 11. МР- томограмма больной 59 лет.

Вопросы к задаче № 36.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Интерпретируйте результаты МР-томографии головного мозга.
3. Методы лечения данной больной.

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

Задача № 37. Больная, 44 лет, жалуется на головные боли в височной области справа, повышение АД до 190/100 мм.рт.ст.

ANAMNESIS MORBI. Головные боли возникли около трех месяцев назад, когда больная проходила консервативное лечение в терапевтическом отделении по поводу обострения хронического панкреатита. В ходе госпитализации у больной был впервые отмечен генерализованный приступ с потерей сознания, который начался с падения больной, судорожного поворота головы и глаз влево. В дальнейшем развились тонико-клонический судороги продолжительностью 20 минут с последующим постприпадочным сном в течение полутора часов.

ANAMNESIS VITAE. ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ОРЗ, гипертоническая болезнь 2 ст., хронический панкреатит. Аллергологический анамнез неотягощен. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность неотягощена. Тубконтакт не установлен. Черепно-мозговые травмы, переломы в анамнезе отсутствуют.

STATUS PRAESENS. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательны. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 140/90 мм рт.ст. ПУЛЬС 76 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное.

STATUS NEUROLOGICUS. Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательны. Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Сила мышц не изменена. Сухожильные и периостальные рефлексy D=S. Патологические рефлексy отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет уверенно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы к задаче № 37:

1. Укажите топический очаг поражения нервной системы.
2. Клинический диагноз.
3. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза, предполагаемые результаты объективных методов диагностики.
4. Лечение данной больной.

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

Задача № 38. Мужчина 42 лет попал в ДТП, от предложенной госпитализации отказался. Через неделю после черепно-мозговой травмы почувствовал головную боль, слабость и неловкость в правых конечностях.

Состояние при обследовании тяжелое, сознание – глубокое оглушение на вопросы отвечает односложно, не сразу. Жалуется на диффузную головную боль. Выраженная ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, светобоязнь, непереносимость громких звуков. Анизокория D>S, снижение реакции зрачков на свет. Отмечается левосторонний гемипарез со снижением силы до 3 баллов. Симптом Бабинского слева.

На КТ головного мозга - образование повышенной плотности между костями черепа и веществом головного мозга в левой теменно-затылочной области толщиной до 1,0см.

Вопросы к задаче № 38.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику ведения больного.

Задача № 39. Больной 45 лет поступил в больницу с жалобами на головную боль. Известно, что вчера вечером упал и ударился головой. Отмечалась кратковременная потеря сознания, тошнота, однократная рвота, однако затем чувствовал себя удовлетворительно. Сегодня утром отметил усиление головной боли, тошноту.

Состояние средней тяжести. В сознании, контактен, правильно ориентирован в пространстве и времени. Беспокоит головная боль, более выраженная в правой половине головы. Правая теменно-височная область болезненная при перкуссии. Менингеальных симптомов нет. Со стороны черепных нервов без патологии. Двигательных, чувствительных и координаторных расстройств нет. Больной оставлен под наблюдением. Спустя несколько часов появились и стали нарастать нарушение сознания до оглушения - сопора, расходящееся косоглазие за счет правого глазного яблока, расширение правого зрачка, снижение фотореакции. В левых конечностях отмечено снижение мышечной силы до 3,5-4,0 баллов. На КТ выявляется структура высокой плотности в правой теменно-височной области эллипсоидной формы, прилегающая к внутренней костной пластинке в пределах костных швов.

Вопросы к задаче № 39

1. Поставьте диагноз.
2. Как называется интервал между травмой и появлением неврологических симптомов?
3. Как называется развивающийся синдром?
4. Определите тактику ведения больного.

Задача № 40. Больной 41 года после приема алкоголя был обнаружен на улице без сознания. Придя в себя, происшедшие с ним события амнезировал. С того времени беспокоит головная боль, преимущественно по утрам, значительно снизилась память, не может работать. Госпитализирован через 11 дней после травмы. При поступлении - состояние средней тяжести, в сознании, частично дезориентирован во времени. Отмечаются ригидность затылочных мышц, симптом Кернига с двух сторон. Зрачки равномерные, фотореакция сохранена. Сглажена левая носогубная складка, правосторонний гемипарез со снижением силы до 3,5 баллов. Сухожильные рефлексы оживлены, больше справа.

На рентгенографии изменений костей черепа не определяется. Глазное дно: диски зрительных нервов умеренно отечны, границы ступшеваны, вены расширены, полнокровны. На МРТ (T1

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

взвешенные снимки), выполненной через 12 дней после травмы, отмечается образование с высокой интенсивностью сигнала, прилегающее к коре обоих полушарий.

Вопросы к задаче № 40.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного

Задача №41. Больной 78 лет.

Со слов сопровождающих родственников известно, что сегодня днем внезапно ослабли правые конечности, перестал разговаривать и понимать обращенную к нему речь, была однократная рвота, сознание не терял. В анамнезе - длительное время артериальная гипертензия. Артериальное давление, измеренное скорой медицинской помощью, было 200/110 мм рт. ст.

При осмотре: состояние тяжелое, АД 190/100 мм рт. ст., пульс 84 в минуту, ритмичный.

Нейростатус: Уровень сознания оглушение - сопор. Ригидность мышц шеи, симптом Кернига с обеих сторон. Глубокий правосторонний гемипарез с пlegией в руке, мышечный тонус в правых конечностях повышен по спастическому типу, симптом Бабинского справа.

При поясничном проколе получен эритрохромный ликвор (цвет - красный, после центрифугирования - цвет - ксантохромный, прозрачность - опалесцирующий, цитоз - эритроциты покрывают все поле зрения, белок – 0,66 мг %.).

Вопросы к задаче № 41.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного.

Задача № 42. Больная 64 лет доставлена скорой медицинской помощью из дома в бессознательном состоянии. Артериальное давление, зафиксированное скорой медицинской помощью, было 230/120 мм рт. ст. Со слов родственников вчера вечером не отвечала на телефонные звонки, сегодня утром найдена лежащей на полу без сознания со следами рвотных масс. В анамнезе гипертоническая болезнь свыше 15 лет с подъемами артериального давления до 240/130 мм рт. ст., принимает антигипертензивные препараты.

При осмотре: общее состояние тяжелое. Кожные покровы красного цвета, липкий пот. Дыхание шумное, частое, ритмичное. Уровень сознания – кома 2 ст. Ригидность мышц шеи, скуловой симптом Бехтерева и симптом Кернига с 2 сторон. Глазные яблоки по средней линии, периодически совершают плавательные движения. Зрачки узкие, реакция на свет снижена. При поднимании быстрее падают левые конечности, тонус в них ниже, чем в правых. Левое бедро распластано, левая стопа ротирована наружу. Во время осмотра возникают экстензорно-пронаторные движения в правых конечностях.

При поясничном проколе получен эритрохромный ликвор (цитоз – эритроциты покрывают все поле зрения, белок – 0,66 мг %.).

На КТ в правом полушарии медиальнее внутренней капсулы, а также в переднем и заднем роге бокового желудочка ипсилатеральной стороны определяется зона высокой плотности объемом около 40 см³.

Вопросы к задаче № 42

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больной.

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

Задача № 43. Больная 74 лет поступила с жалобами на сильную головную боль, светобоязнь, тошноту, слабость в правых конечностях. Была найдена родственниками на полу со следами рвоты. В анамнезе гипертоническая болезнь. При осмотре: состояние тяжелое, глубокое оглушение, речевой контакт затруднен из-за афазии. Держится левой рукой за голову, гиперестезия на внешние раздражители. Выявляются ригидность мышц затылка, симптомы Кернига, Бехтерева. Зрачки D=S, фотореакция сохранена. Правосторонний гемипарез до 3,0 - 3,5 баллов. Мышечный тонус в правых конечностях снижен, глубокие рефлексы D<S, симптом Бабинского справа. После поясничного прокола получена цереброспинальная жидкость с примесью крови. При КТ головного мозга в левом полушарии головного мозга определяется участок неравномерно повышенной плотности, размерами 33×30×25 мм, передний рог и тело левого бокового желудочка поджаты, борозды лобной и височной долей сглажены, отмечается распространение крови в субарахноидальное пространство.

Вопросы к задаче № 43.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больной.

Задача № 44. Больной 20 лет. Со слов родственников сегодня внезапно на фоне эмоционального стресса возникла сильная головная боль. Отмечалась однократная рвота, кратковременное психомоторное возбуждение, сменившееся угнетением сознания. В анамнезе у больного частые приступы головной боли. При осмотре состояние тяжелое. Уровень сознания - глубокий сон. Выраженный менингеальный синдром в виде ригидности мышц шеи, симптомов Бехтерева, Кернига с двух сторон. Симптомов поражения черепных нервов, парезов конечностей нет. Отмечается двусторонний симптом Бабинского. При поясничном проколе получен окрашенный кровью ликвор, вытекающий под повышенным давлением.

Вопросы к задаче № 44

Поставьте диагноз

Определите тактику ведения больного.

Задача № 45. Больной 44 лет. Рос и развивался нормально. Практически нечем не болел. Травм головы не было. Поступил в неврологическое отделение с жалобами на частые головные боли, распирающего характера, беспокоящие в разное время суток, преимущественно в левой лобной области. Накануне поступления впервые в жизни развился эпилептический припадок с началом в правой ноге и последующей генерализацией. При осмотре: состояние удовлетворительное, беспокоит легкая головная боль в левой половине головы. Менингеальных симптомов нет. Со стороны черепных нервов выявляется сглаженность правой носогубной складки. Парезов конечностей нет, сухожильные и периостальные рефлексы на руках живые, D>S, коленные, ахилловы живые D>S. Подошвенный рефлекс справа снижен. Патологических рефлексов нет. Координаторных, чувствительных нарушений не выявлено. Со стороны высших психических функций отклонений не отмечается. Со стороны соматического статуса патологии не выявлено. На МРТ головного мозга в проекции левой лобной области на фоне неизмененного мозгового вещества выявляется конгломерат патологически извитых сосудов (состоящий из артерий и вен). При МР ангиографии установлено, что питающим сосудом является изменившая свой нормальный анатомический ход гипертрофированная левая средняя мозговая артерия. Венозный

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

отток осуществляется в многочисленные гипертрофированные вены субарахноидальных оболочек левого полушария и внутрикостные вены свода черепа.

Вопросы к задаче № 45.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного.

Задача № 46. Больной 50 лет поступил в клинику с жалобами на боли в области поясницы, затруднения при ходьбе, пошатывание, чувство онемения и скованности в ногах. Из анамнеза известно, что около 2 лет назад стал отмечать онемение, которое сначала локализовалось в стопах и постепенно распространилось вверх до уровня поясничного отдела. Параллельно с онемением стал отмечать неуверенность походки. Несколько позднее присоединилась скованность в ногах, из-за чего стало трудно ходить. При осмотре мышечная сила в ногах достаточная, тонус повышен по спастическому типу, несколько больше справа. Коленные и ахилловы рефлексы высокие с расширенными зонами, клонус стоп. Справа подошвенный рефлекс не вызывается, слева – снижен. В позе Ромберга с открытыми глазами неустойчив. При закрытии глаз пошатывание значительно усиливается. Снижение всех видов чувствительности по типу высоких носков, гиперпатия болевой чувствительности до уровня Th12 - L1. На МРТ грудного и поясничного отделов позвоночника на уровне Th10 - Th11 позвонков имеется неправильной формы образование гетерогенной структуры с сигналом высокой и низкой интенсивности в режиме T2 и T1, соответственно, которое разрушает дужку позвонка и сдавливает спинной мозг.

Вопросы к задаче № 46.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного.

Задача № 47. Больная 43 лет поступила с жалобами на стойкие головные боли, значительное повышение веса, высокие цифры артериального давления, незначительное изменение черт лица. Кроме этого, в последние 3,5 – 4,0 месяца стала отмечать снижение зрения. Из анамнеза известно, что первые симптомы в виде повышения веса, стойкого высокого артериального давления стали отмечаться 2,5 – 3,0 года назад. В последующем присоединились остальные жалобы. Больная отмечает нарастание вышеуказанных симптомов. При осмотре: в сознании, контактна, адекватна, правильно ориентирована. Повышенного питания с ожирением по верхнему типу. Кожные покровы красноватые, на лице - угревая сыпь. Выраженный гипертрихоз. Со стороны черепных нервов: выпадение наружного поля зрения на левый глаз, значительное ограничение всех полей зрения на правый глаз. Другой очаговой симптоматики не выявляется.

Вопросы к задаче № 47.

Поставьте предварительный диагноз.

Определите тактику ведения больной.

Задача № 48. Больной 45 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на упорные головные боли, слабость в левых конечностях. Из анамнеза известно, что головные боли беспокоят в течение 7-8 лет. Последние 2-2,5 года стал отмечать нарастающие онемение и неловкость в левой руке и ноге. За этот период отмечались три приступа клонических судорог в этих же конечностях. При осмотре: в сознании, контактен, адекватен, правильно ориентирован. Беспокоит головная боль. Менингеальных симптомов нет. Выраженное снижение зрения на

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

правый глаз, парез лицевого и подъязычного нервов по центральному типу слева, левосторонний гемипарез со снижением силы в руке и ноге до 2-2,5 баллов, снижение поверхностной и глубокой чувствительности по гемитипу слева. На глазном дне справа первичная атрофия диска зрительного нерва. На МРТ в правом полушарии головного мозга определяется округлой формы образование размерами 8×10×6 см с гомогенной структурой и капсулой, прилегающей к оболочкам головного мозга. После введения контрастного вещества отмечается его интенсивное и равномерное накопление в этом образовании.

Вопросы к задаче № 48

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного.

Задача № 49. Больной 62 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на головные боли, нарушение речи, слабость в правых конечностях. Со слов больного и сопровождающих его родственников головные боли беспокоят в течение 2-3 лет. На протяжении последнего года они усилились, стали более частыми, присоединились слабость в правых конечностях и стали отмечаться нарушения речи. При осмотре: в сознании, контактен, адекватен, правильно ориентирован, но несколько заторможен. Менингеальных симптомов нет. Центральный парез лицевого и подъязычного нервов справа, правосторонний гемипарез со снижением силы до 2 - 3 баллов. Правосторонняя гемигипестезия. Элементы моторной афазии. На глазном дне - слева симптомы атрофии зрительного нерва, справа - проявления застоя. На МРТ без введения контрастного вещества выявляется зона сигнала пониженной и повышенной интенсивности в режимах T1 и T2, соответственно, в проекции лобно-теменных отделов левого полушария, которая инфильтрирует окружающие мозговые структуры.

Вопросы к задаче № 49

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного.

Задача № 50. Больной 48 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на сильные боли в пояснично-крестцовой области, отдающие в правую ногу. Боли усиливаются в сидячем и вертикальном положении и несколько стихают в горизонтальном. Из анамнеза известно, что вчера при поднятии тяжести внезапно возникла простреливающая боль в поясничной области с последующей иррадиацией по задней поверхности правой ноги. Ранее были эпизоды болей в области поясницы, последний раз около 3 месяцев назад. При осмотре - сколиоз поясничного отдела позвоночника, ограничение движений вперед, назад и в стороны, болезненность паравертебральных точек больше справа и остистых отростков на уровне L4-S1, в точках Валле по ходу седалищного нерва. Симптом Лассега справа до угла 30°, слева - до угла 70°. Коленные рефлексы D=S, ахилловы - D>S, подошвенный рефлекс справа не вызывается, гипестезия в зоне L5-S1 на правой ноге.

Вопросы к задаче № 50

Поставьте предварительный диагноз.

Определите тактику ведения больного.

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

Задача № 51. Больной 31 года поступил с жалобами на боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с иррадиацией по заднее-наружной поверхности левого бедра и голени, ограничение движений. Вышеуказанные жалобы появились после поднятия тяжестей. При осмотре: состояние средней тяжести. В неврологическом статусе: ограничены наклоны туловища вперед, в меньшей степени назад, положительные симптомы натяжения (Нери, Лассега) с двух сторон, больше слева, напряжение длинных мышц спины, сколиоз в пояснично-крестцовом отделе позвоночника вправо, снижение левого ахиллова рефлекса, слабость разгибателя большого пальца на левой стопе. На МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника между телами L5 и S1 позвонков определяется образование, выступающее в спинномозговой канал размерами 0,8х0,2см.

Вопросы к задаче № 51.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного.

Задача № 52. Больная 42 лет. Считает себя больной в течение последних трех месяцев, когда стала отмечать головную боль, усиливающуюся в ночное и утреннее время, особенно при попытке встать с постели и при перемене положения головы; заметила, что плохо понимает обращенную речь, при письме стала пропускать буквы, не полностью понимает смысл написанного и прочитанного. При поступлении отмечено: диффузная головная боль, болезненность при движении глазных яблок, больная не всегда понимает обращенную речь, затрудняется в подборе слов. Выявлены аграфия, акалькулия, апраксия, горизонтальный нистагм при взгляде вправо, снижение силы в правой руке, нарушение суставно-мышечного чувства справа. При поясничном проколе получен бесцветный, прозрачный ликвор (давление - 310 мм водного столба, цитоз - $\frac{1}{3}$, белок – 0,99 мг %). Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розовые, границы их ступеваны, больше слева, артерии узковаты, вены полнокровны. На рентгенограмме черепа выражены пальцевые вдавления, порозность спинки турецкого седла. На ЭхоЭГ выявляется смещение срединных структур мозга слева направо на 6 мм.

Вопросы к задаче №52.

Поставьте диагноз.

Какие методы обследования необходимо провести?

Задача № 53. Больной 67 лет поступил с жалобами на общую слабость, слабость в левых конечностях. Со слов родственников больного в течение последних нескольких недель больной стал неряшлив, неопрятен в одежде. В поведении больного отмечалась эйфория, склонность к плоским шуткам. В анамнезе - операция по поводу опухоли предстательной железы. При осмотре: центральный парез VII и XII пар черепных нервов слева, парез взора влево. Левосторонний гемипарез до 3 баллов с повышением мышечного тонуса по спастическому типу. Анизорефлексия S>D, симптом Бабинского слева. Выраженные рефлекс орального автоматизма.

Чувствительность сохранена. В пробе Ромберга отклоняется влево. К осмотру больной безразличен, не интересуется своим заболеванием и лечением, критика снижена. При выполнении движений нарушается переключение с одного движения на другое, задание выполняется медленно, с остановками, отмечают персеверации, что также проявляется при письме.

Вопросы к задаче № 53.

Поставьте предварительный диагноз.

Где локализуется очаг поражения?

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

Какие дополнительные методы исследования могут быть рекомендованы?
Определите тактику ведения больного.

Задача № 54. Больная 27 лет поступила с жалобами на головную боль преимущественно в правой половине головы, тошноту, головокружение, гнойные выделения из левого уха. В анамнезе на протяжении нескольких лет хронический отит справа. В течение последней недели отмечено обострение основного заболевания с повышением температуры до 38°C. На протяжении 2-3 дней заметила нарушение речи по типу дизартрии. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура 37,8°C. Ригидность мышц шеи. Парез лицевого и подъязычного нервов по центральному типу слева, левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 4,0 - 4,5 баллов. При исследовании цереброспинальной жидкости определяется повышение давления, нейтрофильный плеоцитоз (40 нейтрофилов и 5 лимфоцитов), повышение белка до 0,66 мг %. На МРТ в правом полушарии головного мозга определяется структура размерами 40×35 мм гетерогенной интенсивности сигнала, окруженное неравномерной зоной с сигналом высокой интенсивности.

Вопросы к задаче № 54.

Поставьте диагноз.

С чем необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Определите тактику ведения больного.

Задача № 55. Больной 21 года поступил в неврологическое отделение с жалобами на слабость и похудание обеих рук, скованность в ногах при ходьбе, императивные позывы на мочеиспускание. В анамнезе: в течение 1,5 лет беспокоят постепенно нарастающая слабость в обеих верхних конечностях, атрофия мышц плеча, предплечья и кистей. Постепенно присоединилась слабость в ногах (сначала в мышцах бедер, затем в голени), скованность движений при ходьбе. Больной наблюдался в поликлинике по поводу шейной миелопатии. За несколько месяцев до госпитализации периодически стал отмечать императивные позывы на мочеиспускание. В неврологическом статусе - общемозговых и менингеальных симптомов нет. Черепные нервы без особенностей. Обращает внимание диффузная гипотрофия мышц плечевого пояса и верхних конечностей, несколько больше справа, снижение мышечной силы до 2-3 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы с верхних конечностей низкие, особенно справа. В нижних конечностях выявляется нижний спастический паразетоз со снижением силы в проксимальном отделе до 2-3 баллов и в меньшей степени в мышцах голени до 3 баллов. Коленные и ахилловы рефлексы повышены D>S. Проводниковые расстройства чувствительности с уровня C5 с двух сторон. Симптом Бабинского с 2 сторон, клонус стопы справа. На МРТ шейного отдела позвоночника выявлено увеличение поперечного размера спинного мозга на уровне C2-C6 позвонков за счет структуры с интенсивностью сигнала, близкой к серому веществу.

Вопросы к задаче № 55.

Поставьте диагноз.

Какова тактика ведения больного?

Задача № 56. Больная 30 лет жалуется на головную боль, больше в глазных яблоках и лобной области, ожирение (в последние два месяца прибавила в весе 15 кг). В течение последних 3 месяцев отмечает снижение зрения на левый глаз, ухудшение памяти, быструю утомляемость. При

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

осмотре: вес 94 кг, рост 160 см, АД - 160/80 мм рт. ст., кожные покровы бледные, пастозность лица, кистей и стоп. В неврологическом статусе общемозговых и менингеальных симптомов нет, двигательных нарушений, парезов, нарушений статики и координации, расстройств чувствительности не выявлено. Острота зрения справа - 0,9, слева – 0,07, поля зрения изменены по типу битемпоральной гемианопсии. На МРТ: в хиазмально-селлярной области образование, имеющее основной узел в полости турецкого седла, распространяющееся параселлярно, прорастающее кавернозные синусы и распространяющееся супраселлярно.

Вопросы к задаче № 56.

Поставьте диагноз.

Определите тактику лечения.

Задача № 57. Больная 35 лет в течение последних 6 месяцев отмечает снижение слуха на правое ухо. Лечилась в ЛОР клинике без эффекта. На протяжении последнего месяца появилось нарастающее головокружение системного характера, неустойчивость при ходьбе. При обследовании: общемозговых и менингеальных симптомов нет, движения глазами яблоками в полном объеме, существенное снижение слуха на правое ухо, горизонтальный нистагм при взгляде в стороны, движения в конечностях в полном объеме, пальценосовую и пяточно-коленную пробы выполняет с интенцией с двух сторон, хуже справа, в пробе Ромберга неустойчива. Острота зрения с обеих сторон 0,8: поля зрения не изменены; на глазном дне - отек дисков зрительных нервов. На МРТ: патологическое образование в области пирамидки височной кости справа, умеренно выраженная сопутствующая гидроцефалия. Анализ ликвора: белково-клеточная диссоциация.

Вопросы к задаче № 57

Поставьте диагноз.

Определите тактику лечения.

Задача № 58. Больной переведен из ЛОР клиники, где лечился по поводу двухстороннего гнойного отита. При осмотре: состояние тяжелое, гипертермия свыше 40°C, выраженная головная боль, повторная рвота. Выраженная ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, светобоязнь, непереносимость громких звуков. Черепные нервы без патологии. Левосторонний гемипарез со снижением силы до 4 баллов, симптом Бабинского слева. Левосторонняя гемигипестезия. Координаторные пробы выполняет неуверенно. В крови: лейкоцитоз свыше $15 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 50 мм/час. При поясничном проколе выявлен нейтрофильный плейоцитоз до 100 клеток в 1 мм³. На МРТ: объемное образование с капсулой в правой лобно-височной области. Вокруг основного очага - зона пониженной плотности. Умеренно выраженная симметричная гидроцефалия.

Вопросы к задаче № 58

Поставьте диагноз.

С чем нужно дифференцировать заболевание?

Определите тактику ведения больного.

Задача № 59. Больной В., 68 лет.

Со слов больного упал. Отмечает потерю сознания на 30 мин (точное время не помнит). В последующем появились сильные головные боли, распирающего характера, была многократная рвота, нарастании слабости в левой руке.

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. По внутренним органам без особенностей. АД 110/70 мм. рт. ст. Пульс – 78 в мин.

Нейростатус: Уровень сознание - глубокое оглушение. В пространстве и времени дезориентирован. Глазные щели и зрачки D=S. Фотореакция снижена. Движение глазных яблок в полном объеме. Нистагм мелкоаппашистый, горизонтальный. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Сухожильные рефлексы с конечностей D≤S. Левосторонний спастический гемипарез. Положительные менингеальные знаки (симптом Кернига и ригидность затылочных мышц). Симптом Бабинского слева.

Локальный статус: кровоподтеки мягких тканей лица, волосистой части головы (больше слева).

На краниограмме – без патологии. На ЭХО-ЭС - смещение срединных структур мозга справа налево на 7 мм.

Вопросы к задаче №59

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите противопоказания для проведения люмбальной пункции при данной патологии.
3. Тактика лечения данного больного?

Критерии и шкалы оценки:

- критерии оценивания – правильные ответы на поставленные вопросы;
- показатель оценивания – процент верных ответов на вопросы;
- шкала оценивания (оценка) – выделено 4 уровня оценивания компетенций:
 - **высокий** - более 80% правильных ответов;
 - **достаточный** – от 60 до 80 % правильных ответов;
 - **пороговый** – от 50 до 60% правильных ответов;
 - **критический** – менее 50% правильных ответов.

VIII. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ В ФОРМЕ СТАЖИРОВКИ

Учебная программа повышения квалификации врачей-нейрохирургов по курсу «Травма центральной и периферической нервной системы. Дегенеративные заболевания позвоночника» может реализовываться частично или полностью в форме стажировки на базах нейрохирургических отделений ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница и ГУЗ Городская клиническая больница №1.

Стажировка осуществляется в целях изучения передового опыта, закрепления теоретических знаний, приобретения практических умений, навыков и их эффективного использования при исполнении должностных обязанностей врача-нейрохирурга. Стажировка носит индивидуальный или групповой характер.

Содержание стажировки определяется с учетом предложений организаций, направляющих специалистов на стажировку, содержания учебной программы повышения квалификации врачей-нейрохирургов по курсу «Травма центральной и периферической нервной системы. Дегенеративные заболевания позвоночника»

Освоение учебной программы повышения квалификации врачей по курсу «Травма центральной и периферической нервной системы. Дегенеративные заболевания позвоночника» в форме стажировки завершается итоговой аттестацией обучающихся.

Куратор стажировки — д.м.н., профессор А.И. Мидленко.

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

IX. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Берснев В.П. и соавт. «Опухоли мозжечка и 1У желудочка», СПб, 2004.
2. Доброхотова Т.А. Нейропсихиатрия. М.:Бином, 2006.
3. Древаль О.Н, Кузнецов А.В., Рябыкин М.Г Хирургия резистентных болевых синдромов. М., «Телер», 2007.
4. Жулев Н.М., Яковлев Н.А. Легкая черепно-мозговая травма и ее последствия / учебное пособие для послевузовской подготовки нейрохирургов и невропатологов/, Москва, 2004 .
5. Зенков Л.Р. Клиническая электроэнцефалография. М., 2002.
6. Зенков Л.Р. и соавт. Функциональная диагностика нервных болезней. М., 2004.
7. Коновалов А.Н. и соавт. Нейрорентгенология детского возраста. М.. 2001.
8. Коновалов А.Н., Пицхелаури Д.И. Лечение опухолей пинеальной области. М., 2004.
9. Крылов В.В. и соавт. Микрохирургия аневризм виллизиева многоугольника . М., 2004.
10. Лебедев В.В. и соавт. Компьютерная томография в неотложной нейрохирургии, М. 2005.
11. Лобзин Ю.В. и др. Менингиты и энцефалиты. СПб., 2003
12. Машин В.Вл., Машин В.В., Белова Л.А., Куликова Т.К., Мидленко А.И. Дорсопатии. Классификация, диагностика, лечение Электронный учебный курс.. Ульяновск, 2010.
13. Машин В.Вл., Машин В.В., Белова Л.А., Куликова Т.К., Мидленко А.И. Этиопатогенез, клиника, классификация, диагностика и лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника. Учебное пособие. Ульяновск, - 2010, - 114с.
14. Международная классификация болезней (пересмотр 2007 г.). Женева: ВОЗ, 2007. Т. 1.,Т. 2.
15. Мидленко А.И. Черепно-мозговая травма у детей. Монография. Ульяновск. – 2004. –161с.
16. Мидленко А.И., Шевалаев Г.А.. Мидленко М.А. Тактика медицинских мероприятий при сочетанной травме у детей на догоспитальном этапе. Научно-методическое пособие. Ульяновск 2014 53с.
17. Мидленко А.И., Горбунов М.В., Мидленко М.А., Рябов С.Ю. Хирургия грыж межпозвонковых дисков Учебное пособие. Ульяновск 2011, - 25с.

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

18. Мидленко М.А., Белова Л.А., Машин В.Вл., Машин В.В. Тактика медицинских мероприятий при оказании помощи больным со спонтанными внутричерепными кровоизлияниями. Учебное пособие. Ульяновск, - 2012, - 79с.
19. Мидленко А.И., Мидленко М.А., Челаев Ю.И. Отек и набухание головного мозга (клинико-патофизиологические и компьютерно-томографические корреляты внутричерепной гипертензии и набухания): методические рекомендации. - Ульяновск: УлГУ, 2009. -21с.
20. Мидленко М.А., Мидленко А.И., Червонный Д.С., Горбунов М.В., Рябов С.Ю. Специализированная медицинская помощь при повторных легких черепно-мозговых травмах у детей: монография. –Ульяновск: УлГУ, 2013, - 116с.
21. Мидленко А.И., Мидленко М.А., Воронов В.Г. Альтернативные методы диагностики в детской нейротравматологии. – Ульяновск. 2009. -78с.
22. Мидленко М.А.. Алгоритм дифференциальной диагностики сотрясения и ушиба головного мозга легкой степени тяжести у детей (ранние сроки острого периода): методические рекомендации. –Ульяновск, 2003. -15с
23. Мидленко А.И., Шевалаев Г.А.. Мидленко М.А. Тактика медицинских мероприятий при сочетанной травме у детей на догоспитальном этапе. Научно-методическое пособие. Ульяновск 2014 53с.
24. Горбунов М.В., Мидленко А.И. Совершенствование лечебно-диагностической и профилактической помощи детям с черепно-мозговой травмой. Учебно-методическое пособие Ульяновск 2006. - 46с.
25. Мидленко А.И. Региональная модель оказания медицинской помощи детям с черепно-мозговой травмой. Справочное издание. –Ульяновск, 2008. – 19с.
26. Мидленко А.И., Иова А.С., Гармашов Ю.А. Региональная модель оказания медицинской помощи детям с черепно-мозговой травмой. Учебное пособие. Ульяновск 2009.- 48с.
27. Мидленко А.И., Мидленко М.А., Челаев Ю.И. Нейрохирургическая тактика и антибактериальная терапия при вентрикулитах у новорожденных А.И. Мидленко, М.А. Мидленко, Ю.И. Челаев Учебно-методическое пособие. Ульяновск 2009. – 23с.
28. Мидленко А.И., Семенов О.Г, Мидленко М.А., Рябов С.Ю, Котова Е.Ю. Гидроцефалия: учебное пособие. - Ульяновск: УлГУ, 2015. -56с.
29. Мидленко А.И., Мидленко М.А., Шевалаев Г.А., Котова Е.Ю. Родовая травма. – Учебно-методическое пособие. Ульяновск, 2015. – 41с.
30. Полищук Н.Е. и соавт. Хирургическое лечение дискогенных радикуломиелопатий шейного отдела позвоночника . Киев.. 2004.

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

31. Практическая нейрохирургия: Руководство для врачей / Под ред. Акад. РАМН Б.В. Гайдара. – СПб.: Гиппократ, 2002. – 648 с.
32. Пуцилло М.В. и соавт. Нейрохирургическая анатомия. М.. 2002.
33. Рамешвили Т.Е., Парфенов В.Е. и др. «Церебральная ангиография» /учебное пособие /, СПб, 2003.
34. Скоромец А.А.и соавт. Спинальная ангионеврология / руководство для врачей/, М., 2003 -608 с.
35. Смеянович А.Ф. и соавт. Диагностика и хирургическое лечение субтенториальных околостволовых менингеом. Минск, 2005.
36. Смоленская И.М., Соловьева Л.Н., Саломатин В.Г., Фарченкова В.В. Биктимиров Т.З. Мидленко А.И. Врачу нейро-педиатрического профиля. Справочное издание. –Ульяновск, 2004. –60с.
37. Тиссен Т.П. Эндоваскулярное лечение артериовенозных мальформаций спинного мозга. М..2006.
38. Фраерман А.П и соавт. Сочетанная черепно-мозговая травма . Н.Новгород, 2002.
39. Хирургия опухолей основания черепа /под ред. Акад. РАН и РАМН Коновалова А.Н./, М.. 2004.
40. Царенко С.В. Нейрореаниматология. Интенсивная терапия черепно-мозговой травмы. М, Медицина, 2005 – 352 с.
41. Черкаев В.А и соавт. Хирургия гиперостотических краниоорбитальных менингеом. М.. 2005 .
42. Шевелев И.Н. Травматическое поражение плечевого сплетения (диагностика, микрохирургия). М: 2005.
43. Шевелев И.Н. Микрохирургия периферических нервов.- М.. 2011.
44. Щедренко В.В., Яковенко И.В., Могучая О.В. - Клинико-организационные аспекты сочетанной черепно-мозговой травмы. СПб, Изд.ФГУ «РНХИ им.проф.А.Л.Поленова Росмедтехнологий», 2010.
45. Rhoton A.L The posterior cranial fossa: microsurgical anatomy and surgical approaches,
46. Schmidek H.H. and Sweet W. Operative neurosurgical techniques. Saunders, Philadelphia, 2006, 5th ed.

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ПЕРИОДИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ИЗДАНИЯ

1. Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.
2. Российский медицинский журнал.

Министерство науки и высшего образования РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа курсов повышения квалификации		

3. CosiliumMedicum.

ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСЫ

1. Информационно-поисковые системы: Medline, PubMed, WebofScience
2. Библиотека ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет».