

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

СОГЛАСОВАНО

Первый проректор - проректор по учебной работе

«22» 01 2020г. С.Б. Бакланов

УТВЕРЖДАЮ

Ректор Ульяновского государственного университета

«22» 01 2020г. Б.М. Костишко



Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования

УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА
повышения квалификации врачей по курсу
«Опухоли центральной нервной системы»

Объем: 36 часов/зачетных единиц

Программу составил:

Д.м.н., профессор Мидленко А.И.

«22» 01 2020г.

Рекомендовано к использованию в учебном процессе:

Решение ученого совета института
№ 5/215 от 22.01 2020г.

г. Ульяновск, 2020г.

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

Содержание

1. Введение. Общие положения.	3
2. Цели и задачи освоения дисциплины	5
3. Содержание дисциплины (модуля)	10
4. Учебный план	11
5. Рабочая программа	12
6. Фонды оценочных средств	15
7. Реализация программы в форме стажировки	61
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение	63

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

УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ ПО КУРСУ «ОПУХОЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ» ОБЪЕМ: 36 ЧАСОВ

I. ВВЕДЕНИЕ, ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Цель учебной программы повышения квалификации врачей по курсу «Опухоли центральной нервной системы» (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 «Опухоли центральной нервной системы». Трудоемкость освоения – 36 академических часов.

Основными компонентами учебной программы повышения квалификации врачей по курсу «Опухоли центральной нервной системы» являются:

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

Планируемые результаты учебной программы повышения квалификации врачей по курсу «Опухоли центральной нервной системы» направлены на совершенствование компетенций² 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)

2 Компетенции (от [лат. competere](#) — соответствовать, подходить) – способность и готовность успешно решать профессиональные задачи на основе знаний, умений, навыков практического опыта (Педагогический энциклопедический словарь / гл. ред. Б. М. Бим-Бад. - М.: Большая российская энциклопедия, 2003. 528 с.)

Министерство образования и науки 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 «Опухоли центральной нервной системы» 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

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

компоненты – примерную тематику лекционных, семинарских и практических занятий.

Учебная программа повышения квалификации врачей по специальности «Опухоли центральной нервной системы» 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 «Опухоли центральной нервной системы»

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

Программа ОСК по курсу «Опухоли центральной нервной системы» включает, в том числе электронное обучение (E-learning).

II. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цели освоения дисциплины: подготовка квалифицированного врача-специалиста по дисциплине «Опухоли нервной системы» по специальности «Нейрохирургия», обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности.

Задачи освоения дисциплины: программы подготовки кадров высшей квалификации (врача-ординатора) по дисциплине «Опухоли нервной системы» по специальности «Нейрохирургия»:

1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
2. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача-нейрохирурга, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.
3. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.
4. Подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический

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

поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при urgentных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациентов, способного успешно решать свои профессиональные задачи.

5. Подготовить врача-специалиста, владеющего навыками и врачебными манипуляциями по профильной специальности и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.

6. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии.

Место дисциплины в структуре ОПОП:

Дисциплина «Опухоли нервной системы» относится к Блоку базовой части Обязательные дисциплины Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.08.56 «НЕЙРОХИРУРГИЯ»

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы следующие знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами:

1. Цикл гуманитарных и социально-экономических дисциплин:

БИОЭТИКА

Знания: деонтология, медицинская этика.

Умения: соблюдение врачебной тайны, соблюдение этических и деонтологических аспектов врачебной деятельности.

Навыки: Общение с больным и его родственниками.

ПСИХОЛОГИЯ

Знания: психология больного, реакция на заболевание его родственников.

Умения: соблюдение правил врачебной этики, соблюдение принятых моральных и правовых норм.

Навыки: Общение с больными и его родственниками.

2. Цикл естественно-научных дисциплин:

НОРМАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ

Знания: особенностей нормального строения центральной и периферической нервной системы.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

Знания: особенностей основных патологических изменений центральной и периферической нервной системы.

ГИСТОЛОГИЯ

Знания: особенностей развития и микроскопического строения центральной и периферической нервной системы.

БИОХИМИЯ

Знания: особенностей биохимических реакций центральной и периферической нервной системы.

НОРМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЯ

Знания: основ деятельности центральной и периферической нервной системы в

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

физиологических условиях.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ

Знания: основных патофизиологических изменений центральной и периферической нервной системы.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ

Знания: основных патофизиологических изменений центральной и периферической нервных систем.

ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Знания: основных принципов обследования больного, нормальных и основных патологических показателей лабораторных и инструментальных методов обследования.

Умения: проводить физикальное обследование больного.

Навыки: общения и обследования больного.

ПРОПЕДЕВТИКА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Знания: основных принципов обследования больного, нормальных и основных патологических показателей лабораторных и инструментальных методов обследования у детей и подростков.

Умения: проводить физикальное обследование детей и подростков в зависимости от возраста.

Навыки: общения и обследования больного.

Перечень планируемых результатов по дисциплине (модулю)

Код и наименование реализуемой компетенции	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с индикаторами достижения компетенций
УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу ...	<p>Знать: основы психологии, деонтологии, философии.</p> <p>Уметь: анализировать полученную информацию с целью постановки топического диагноза</p> <p>Владеть: методикой неврологического осмотра для выявления симптомов с целью постановки синдромологического и нозологического диагноза</p>
ПК-1. готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включение в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или)	<p>Знать: методы осуществления комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья в нейрохирургии, методы оценки природных и социальных факторов среды в развитии нейрохирургических заболеваний</p> <p>Уметь: применять изученный материал для оценки причин и условий возникновения и развития нейрохирургических заболеваний у человека; для оценки природных и социальных факторов среды в нейрохирургии; проводить санитарно-просветительную работу по гигиеническим вопросам, осуществлять поиск решений различных задач в нестандартных ситуациях.</p>

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

распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Владеть: методами оценки природных и социальных факторов среды в развитии нейрохирургических заболеваний; основами профилактических мероприятий по предупреждению нейрохирургических заболеваний; принципами санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам, что может использоваться для самостоятельной разработки проектов и программ
ПК-2. готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Знать: - Требования для проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществления диспансерного наблюдения нейрохирургических больных Уметь: - Самостоятельно организовывать профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию нейрохирургических больных - Составлять отчетные формы о количестве нейрохирургических больных прошедших диспансеризацию Владеть: - Навыками проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации нейрохирургических больных - Осуществлять диспансерное наблюдение нейрохирургических больных
ПК -5 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем....	Знать: общие понятия о профилактике заболеваний нервной системы; принципы осуществления диспансерного наблюдения за пациентами с неврологической патологией; порядок взаимодействия с представителями других специальностей; основы медико-социальной экспертизы. Уметь: получать информацию о заболеваниях, знать особенности сбора анамнеза при различных заболеваниях нервной системы; определить программу реабилитационных мероприятий. Владеть: навыками составления плана и программы реабилитационных мероприятий; методами анализа основных показателей здоровья населения по данным заболеваемости, инвалидности, показателям физического развития, состояния.
ПК -6 Готовность к ведению и лечению пациентов,	Знать: теоретические основы неврологии; современные методы диагностики, лечения и лекарственного обеспечения неврологических больных;

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

нуждающихся в оказании нейрохирургической медицинской помощи.	В	<p>основы медико-социальной экспертизы.</p> <p>Уметь: получить информацию о заболевании; выявить общие и специфические признаки неврологического заболевания; установить топический диагноз и неврологический синдром; оценить тяжесть состояния больного, принять необходимые меры для выведения его из этого состояния, в том числе определить необходимость реанимационных мероприятий.</p> <p>Владеть: - алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях; - навыками ведения больных в критических состояниях.</p>
ПК -8 Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	в	<p>Знать: Применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторнокурортном лечении</p> <p>Уметь: Применить природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторнокурортном лечении.</p> <p>Владеть: Назначения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторнокурортном лечении</p>
ПК-9 Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих		<p>Знать: - нормативные акты в области охраны здоровья граждан и профилактики нейрохирургических заболеваний; - современные технологии обучения пациентов;</p> <p>Уметь: - организовать школу здоровья по разным направлениям нейрохирургических заболеваний; -подготовить методический материал для обучения пациентов с нейрохирургической патологией; -организовать учебный процесс;</p> <p>Владеть: - индивидуальными и групповыми методами консультирования нейрохирургических пациентов; - современными методами обучения нейрохирургических пациентов; -нормативной и распорядительной документацией</p>
ПК - 11. готовность к участию в оценке качества оказания	к	<p>Знать:</p> <p>- Методики анализа деятельности (организации, качества и эффективности) медицинских организаций.</p>

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

<p>медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей</p>	<p>Методы оценки качества медицинской помощи в медицинской</p> <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Оценить результаты деятельности медицинской организации на основе медико-статистических показателей. - Оценить качество оказания медицинской помощи на уровне медицинской организации, структурного подразделения. - Применять основные теоретические положения, методические подходы к анализу и оценке качества медицинской помощи для выбора адекватных управленческих решений. - Применять знания по нормативному, финансовому, ресурсному, методическому обеспечению качества медицинской помощи при решении ситуационных задач. - Анализировать и оценивать качество медицинской помощи на примере ситуационных задач. - Применять стандарты для оценки и совершенствования качества медицинской помощи. <p>Владеть:</p> <p>Методами оценки качества медицинской помощи организации и деятельности медицинского персонала.</p> <p>Вопросы организации экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности</p>
<p>ПК - 12. готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Сущность, основные понятия чрезвычайных ситуаций. - Сущность, основные понятия и методы медицинской эвакуации. - Нормативно-правовое регулирование вопросов организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ставить цели, формировать и решать задачи, связанные с выполнением профессиональных обязанностей в экстремальных и чрезвычайных ситуациях. <p>Владеть:</p> <p>Методами организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях.</p>

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

III. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Название темы.	Содержание темы.				
Опухоли нервной системы Форма обучения очная. Всего 36 часов 1 зачетная единица Форма текущего контроля зачет/тесты	Гистологическая классификация опухолей ЦНС				
	Первичные (очаговые) и вторичные симптомы опухолей головного мозга				
	Диагностика опухолей головного мозга				
	Экстренные, срочные и относительные показания к операции				
	Хирургическое лечение опухолей ЦНС				
	Лучевое и медикаментозное лечение опухолей ЦНС				
	Клиника опухолей различных отделов спинного мозга и конского хвоста				
Название разделов и тем	Всего	Виды учебных занятий			Форма текущего контроля знаний
		Лекции	Практические занятия, семинары	Самостоятельная работа	
1	2	3	4	5	6
Опухоли нервной системы	36	24		12	тесты

Учебный план

Учебный план рассчитан на 6 рабочих дней по 4 академических часа

Лекции	Тема					
1	Гистологическая классификация опухолей ЦНС	4ч				
2	Диагностика опухолей головного мозга Первичные (очаговые) и вторичные симптомы опухолей головного мозга		4ч			
3	Хирургическое лечение опухолей ЦНС Экстренные, срочные и относительные показания к операции			4ч		
4	Лучевое и медикаментозное лечение опухолей ЦНС				4ч	
5	Клиника опухолей различных отделов спинного мозга и конского хвоста					4ч
6	Оперативное, лучевое и медикаментозное лечение опухолей спинного мозга					3ч

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

7	Зачет							1 ч
---	-------	--	--	--	--	--	--	--------

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.

V. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Тема: гистологическая классификация опухолей ЦНС

1. История классификации опухолей головного мозга.
2. Современная классификация опухолей головного мозга
3. Основные теории возникновения опухолей
4. Понятия первичных и вторичных опухолей головного мозга, основные источники вторичных опухолей. Пути метастазирования первичных опухолей.

Тема: диагностика опухолей головного мозга Первичные (очаговые) и вторичные симптомы опухолей головного мозга

1. Понятие о первичной неврологической симптоматике при опухолях головного мозга.
2. Понятие о вторичных симптомах при опухолях головного мозга.
3. Нарушения остроты и полей зрения, дифференциальная диагностика гемианопсий.
4. Глазодвигательные нарушения. Поражение III, IV, VI черепно-мозговых пар.
5. Поражение верхних отделов ствола головного мозга.
6. Поражение средних отделов ствола головного мозга. Альтернирующие синдромы.
7. Поражение нижних отделов ствола головного мозга. Альтернирующие синдромы.
8. Синдромы и симптомы поражения лобных долей мозга.
9. Синдромы и симптомы поражения теменных долей мозга.
10. Синдромы и симптомы поражения затылочных долей мозга, синдромы и симптомы поражения височных долей мозга, дифференциальная диагностика афатических нарушений.
11. Общемозговая симптоматика Причина застойных явлений на глазном дне.
12. Нейрорентгенология обзорные рентгенограммы в диагностике опухолей головного мозга.
13. Рентгеновская компьютерная томография (КТ), рентгенограммы в диагностике опухолей головного мозга. . Метод КТ с контрастным усилением изображения. Селективная ангиография.
14. Магнитно-резонансная томография (МРТ), в диагностике опухолей головного мозга
15. Позитронная эмиссионная томография как метод прижизненного количественного исследования метаболизма и кровотока в ЦНС.

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

16. Радионуклеидные методы нейровизуализации.
17. Электроэнцефалография (ЭЭГ).
18. Методика вызванных стволовых потенциалов.
19. Траскраниальная ультрасонография головного мозга. Ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга.
20. Иммуногистохимия

Тема: хирургическое лечение опухолей головного мозга, экстренные, срочные и плановые показания к операции

1. Виды хирургических вмешательств, при опухолях головного мозга
2. Виды хирургических доступов при опухолях лобной локализации
3. Виды доступов при опухолях височной доли
4. Виды доступов при опухолях теменной локализации
5. Виды доступов при опухолях желудочковой локализации
6. Виды доступов при опухолях базальной локализации
7. Виды доступов при опухолях ЗЧЯ
8. Особенности хирургического лечения врожденных опухолей головного мозга у детей.
9. Интраоперационное наведение
10. Нейровизуализационный контроль ранних послеоперационных осложнений
11. Показания к экстренным операциям, при опухолях головного мозга
12. Показания к срочным операциям, при опухолях головного мозга
13. Показания к плановым операциям, при опухолях головного мозга

Тема: лучевое и медикаментозное лечение

1. Радиохирургическое лечение опухолей головного мозга
2. Химиотерапевтическое лечение опухолей головного мозга.
3. Медикаментозное сопровождение в лечении опухолей головного мозга.
4. Иммунологические методы лечения в лечении опухолей головного мозга.

Тема: клиника опухолей различных отделов спинного мозга и конского хвоста

1. Симптомы поражения спинного мозга и корешков на шейном уровне.
2. Симптомы поражения спинного мозга и корешков на верхне-грудном уровне.
3. Симптомы поражения спинного мозга и корешков на ниже-грудном уровне.
4. Симптомы поражения спинного мозга и корешков на поясничном и крестцовом уровне, синдромы конуса и эпиконуса.
5. Общая симптоматика поражения периферических нервов и сплетений.
6. Проводящие пути спинного мозга
7. Из каких систем происходит кровоснабжение спинного мозга?
8. КТ и МРТ диагностика
9. Люмбальная пункция с проведением проб на блок субарахноидального пространства (Стукея, Квекеншштедта)

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

10. Исследование ликвора при опухолях спинного мозга.

Тема: оперативное, лучевое и медикаментозное лечение опухолей спинного мозга

1. Виды хирургического лечения опухолей спинного мозга
2. Доступы на шейном уровне при опухолях головного мозга
3. Доступы на грудном уровне при опухолях спинного мозга (невриномах в частности)
4. Доступы при опухолях спинного мозга
5. Радиохирurgia опухолей спинного мозга
6. Лучевая и химиотерапия опухолей спинного мозга
7. Медикаментозное сопровождение (реабилитация, уход, профилактика осложнений) при лечении опухолей спинного мозга

VI ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Тесты

Вопрос №1

Выберите верный ответ. Височно-тенториальное вклинение может спровоцировать:

- а) опухоль лобной доли головного мозга;
- б) опухоль височной доли головного мозга;
- в) невринома VIII нерва;
- г) опухоль мозжечка;
- д) все перечисленные.

Вопрос №2

Выберите неверный ответ. Симптомом височно-тенториального вклинения является:

- а) птоз;
- б) контрлатеральный гемипарез;
- в) мидриаз;
- г) икота;
- д) снижение уровня сознания.

Вопрос №3

Выберите верный ответ. Главная опасность при вклинении миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие заключается в развитии:

- а) эндокринных расстройств;
- б) гипертермии;
- в) дыхательных нарушений;
- г) артериальной гипертензии;
- д) ничего из перечисленного.

Вопрос №4

Выберите неверный ответ. К симптомам вклинения миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие относятся:

- а) головная боль;
- б) фокальные двигательные припадки;

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

- в) вынужденное положение головы;
- г) дисфагия;
- д) дизартрия.

Вопрос №5

Выберите верный ответ. Компьютерно-томографическими признаком аденомы гипофиза является:

- а) выраженный перифокальный вазогенный отек;
- б) дислокация III желудочка в противоположную от опухоли сторону;
- в) гиперденсная зона в проекции турецкого седла;
- г) гиподенсная зона в проекции турецкого седла;
- д) ничего из перечисленного.

Вопрос №6

Выберите верный ответ. Из перечисленных вариантов опухоли головного мозга наиболее часто рецидивирует:

- а) невринома VIII нерва;
- б) аденома гипофиза;
- в) глиобластома;
- г) менингиома;
- д) краниофарингиома.

Вопрос №7

Выберите неверный ответ. Иммуноterapia опухолей головного мозга проводится с использованием:

- а) Т-активина;
- б) ронколейкина;
- в) ликопада;
- г) у-интерферона;
- д) всего перечисленного.

Вопрос №8

Выберите верный ответ. К паллиативным ликворшунтирующим оперативным вмешательствам, используемым в лечении опухолей головного мозга относится:

- а) декомпрессивная трепанация черепа;
- б) люмбоперитонеальное шунтирование;
- в) вентрикулоцистернальный анастомоз;
- г) наружное вентрикулярное дренирование;
- д) все перечисленное.

Вопрос №9

Выберите неверный ответ. Лечебные мероприятия при височно-тенториальной дислокации заключаются в:

- а) массивной дегидратационной терапии;

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

- б) использовании глюкокортикоидов в больших дозах;
- в) трепанации черепа с удалением опухоли головного мозга;
- г) наложении вентрикулоцистернального анастомоза;
- д) проведении разгрузочной люмбальной пункции с выведением ликвора.

Вопрос №10

Выберите верный ответ. Методом выбора в лечении вклинения миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие является:

- а) наложение наружного вентрикулярного дренажа;
- б) люмбальная пункция с выведением ликвора;
- в) массивная дегидратационная терапия;
- г) использование глюкокортикоидных препаратов в больших дозах;
- д) трепанация черепа с удалением опухоли.

Вопрос №11.

При парциальных припадках какие препараты наиболее эффективны?

- а) препараты вальпроевой кислоты
- б) карбамазепины
- в) препараты барбитуровой кислоты
- г) бензодиазепины
- д) этосуксемиды

Вопрос №12

Для острых травматических внутричерепных гематом характерно:

- а) синдром Броун-Секара
- б) миоз
- в) синдром Фостер-Кенеди
- г) пульсирующий экзофтальм
- д) наличие «светлого промежутка»

Вопрос №13

Выберите один неверный ответ. Симптомы, характерные для опухолей мозжечка:

- а) мышечная гипотония в конечностях на стороне поражения;
- б) горизонтальный нистагм;
- в) нарушение обоняния;
- г) застойные диски зрительных нервов;
- д) гемипарез.

Вопрос №14

К хирургическим видам лечения сирингомиелии относятся:

- а) фистулопластика
- б) менингеолиз
- в) дренирование медулярных кист
- г) нейрорафия

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

д) наложение сосудистого анастомоза

Вопрос №15

Люмбальная пункция противопоказана при:

- а) лицевом гемисиндроме
- б) назальной ликворее
- в) синдроме дислокации головного мозга
- г) посттравматическом менингите
- д) сотрясении головного мозга

Вопрос №16

Переломы костей черепа без повреждения мягких тканей являются черепно-мозговой травмой

- а) открытой проникающей
- б) открытой непроникающей
- в) закрытой без повреждения костей черепа
- г) закрытой с повреждением костей черепа
- д) огнестрельным ранением

Вопрос №17

К опухолям задней черепной ямки относятся:

- а) спонгиобластома
- б) аденома гипофиза
- в) медуллобластома
- г) краниофарингеома
- д) хордома

Вопрос №18

Наиболее характерным симптомом перелома основания черепа

- а) сильная головная боль
- б) многократная рвота
- в) судороги
- г) назо-отоликворея
- д) параорбитальная гематома

Вопрос №19

Больной поступил через 30 мин после травмы в бессознательном состоянии. При осмотре в правой височной области имеется рана из которой истекает ликвор с кровью и мозговым детритом. Ваш предварительный диагноз

- а) резаная рана мягких тканей головы
- б) открытая ЧМТ, перелом костей черепа, ушиб головного мозга
- в) открытая проникающая ЧМТ, перелом правой височной кости, ушиб головного мозга
- г) закрытая ЧМТ перелом правой височной кости
- д) открытая непроникающая ЧМТ с переломами правой височной кости

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

Вопрос №20

При черепно-мозговой травме основными клиническими формами являются

- а) сотрясение головного мозга
- б) сдавление головного мозга
- в) ушиб головного мозга
- г) отек головного мозга
- д) субарахноидальное кровоизлияние

Тематика рефератов

1. Гистологическая структура опухолей головного мозга
2. Опухоли головного мозга астроцитарного ряда
3. Оболочечные опухоли головного мозга
4. Особенности течения опухолей головного мозга у детей
5. Гормопродуцирующие опухоли головного мозга
6. Классификации опухолей головного мозга
7. Лучевые методы диагностики опухолей головного мозга
8. Клиническая диагностика опухолей головного мозга
9. Хирургические доступы к опухолям головного мозга различных локализаций и объем оперативного лечения
10. Опухоли спинного мозга, классификация, эпидемиология
11. Клиника опухолей спинного мозга при различной локализации
12. Хирургическое лечение опухолей спинного мозга
13. Вторичные опухоли головного мозга, методы лечения
14. Врожденные опухоли головного мозга, особенности оперативного лечения
15. Химо- лучевая терапия. Гормональная, иммунотерапия опухолей ЦНС
16. Синдромы поражения лобных, теменных, височных и затылочных долей головного мозга.

Требования

Методическое обеспечение : список литературы по соответствующему разделу программы, отражающий новизну, актуальность избранной темы.

Требования к содержанию: ясность изложения, правильность оформления списка литературы, самостоятельный доклад для врачей базовой больницы.

Объем оформления: 15 страниц компьютерного текста, формата А4, шрифт Times new Roman, размер шрифта.12, интервал единичный.

Перечень вопросов к зачету/дифференциальному зачету

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

1. Альтернирующие параличи при поражении моста мозга.
2. Альтернирующие параличи при поражении продолговатого мозга.
3. Альтернирующие параличи при поражении среднего мозга.
4. Анатомо-физиологические основы регуляции сознания, бодрствования. Формы нарушений сознания. Деструктивные и метаболические комы.
5. Атаксии, клинические характеристики и различия.
6. Бульбарный и псевдобульбарный синдромы.
9. Виды нарушения походки.
10. Внутренняя капсула. Синдромы внутренней капсулы.
11. Высшие мозговые функции и их расстройства: афазия, апраксия, агнозия, амнезия, деменция.
12. Синдромы лобных, теменных, височных и затылочных долей головного мозга.
13. Хроническое вегетативное состояние, смерть мозга. Принципы ведения больных в коме.
14. Абсцессы головного мозга. Механизмы. Стадии. Тактика.
15. Спинальный эпидуральный абсцесс. Особенности хирургических подходов.
15. Аденомы гипофиза. Клиника, диагностика. Особенности хирургических подходов.
16. Методология построения неврологического диагноза: топический и нозологический диагнозы.
17. Опухоли головного мозга: классификация, клиника, диагностика; суб- и супратенториальные опухоли, особенности течения.
18. Опухоли задней черепной ямки.
20. Экстра- и интрамедуллярные опухоли..
21. Виды хирургических доступов к основанию черепа. Показания. Осложнения.
22. Виды хирургических доступов в задней черепной ямке. Показания. Осложнения.
24. Доступы к срединным структурам мозга. Показания. Осложнения.
25. Антибиотикопрофилактика в нейрохирургии. Техника. Показания.
26. Слуховая невринома. Классификации. Синдромология. Доступы.
27. Послеоперационное ведение нейрохирургического больного. Приемы. Техники. Пособия.
28. Предоперационная подготовка нейрохирургических больных.
29. Методы контроля и коррекции интракраниальной гипертензии.
30. Селлярные и параселлярные опухоли. Классификация. Доступы.
31. Супратенториальные глиобластомы.
32. Классификация нейроэпителиальных опухолей.
33. Медуллобластома мозжечка.
34. Слуховая невринома.
35. Ольфакторная менингеома.
36. Птериональная менингеома.
37. Хромофобная аденома гипофиза.
38. Стереотаксический метод. Показания к стереотаксическим операциям.

Задачи для проверки уровня знаний обучающихся

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

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 1.

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, Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тонус мышц нормальный. Легкий левостороний 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 миопопаданием слева. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Больной обследован. Заключение офтальмолога: Ангиопатия сетчатки обоих глаз.

Вопросы:

1. Уточните топический очаг поражения.
2. Предварительный клинический диагноз.

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

3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Тактика лечения.
5. Прогноз заболевания.

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 2.

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, Фонация 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:

1. Определите топический очаг поражения.
2. Клинический диагноз.

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

3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Тактика лечения.

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 3.

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.

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:

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

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

4. Лечение.

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача №4.

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. 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. Фонация 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:

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

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

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 5.

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 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 мимопаданием правыми конечностями. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

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

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

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 6.

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.

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. Фокация 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:

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 6.

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

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.

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача №7.

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. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен. Фокация 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:

1. Топический очаг поражения.
2. Клинический предварительный диагноз.

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

3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Тактика лечения.

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 8.

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, Фоноция 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 рефлексy D=S. Патологические рефлексy отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет уверенно. Гипэстезия в зоне иннервации локтевого, срединного нервов справа с уровня локтевого сустава до кисти.

Вопросы:

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

Приложение к задаче № 8.

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 № 12.

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

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

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

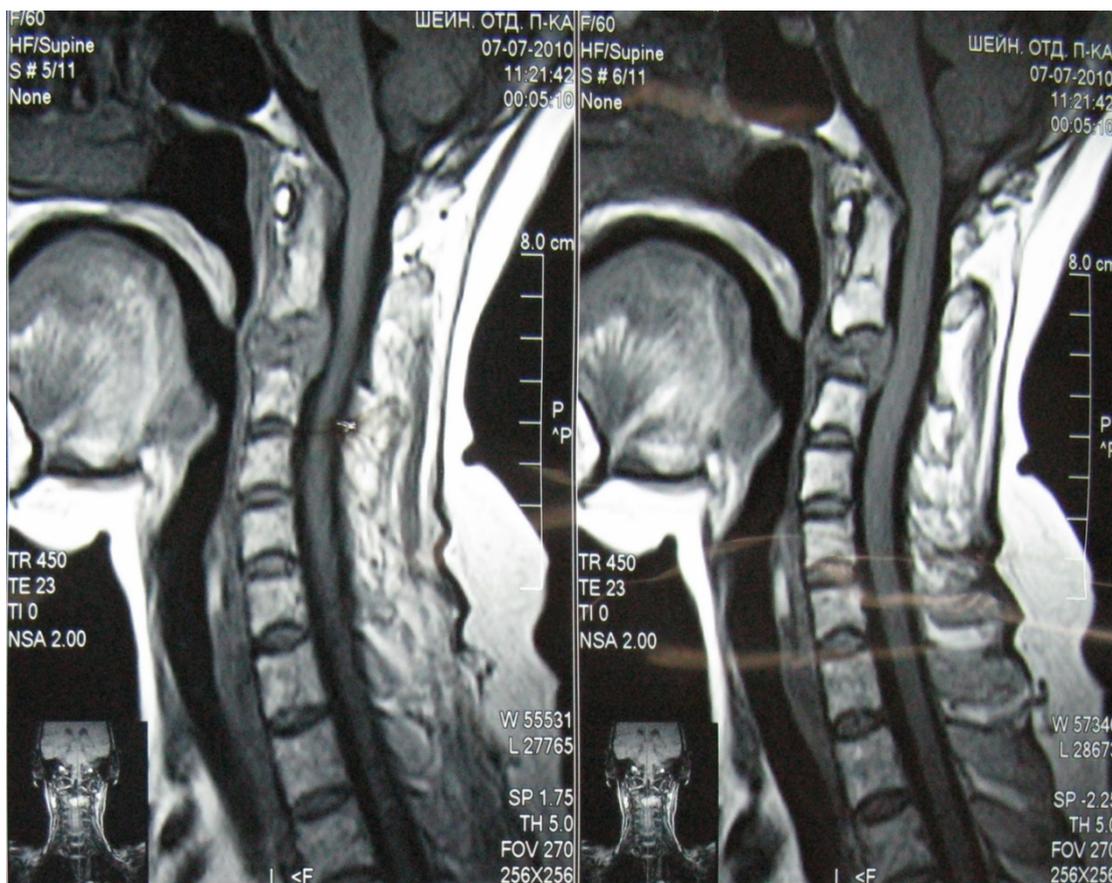
Вопросы:

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

Приложение к задаче 12.

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.

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



ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 13.

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 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.

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

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:

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

Приложение к задаче 13.



ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 14.

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.

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

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, 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. Фокация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S; общий рефлекторный фон повышен. Силовых нарушений не выявлено. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

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 № 14.

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

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 15.

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,

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

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.

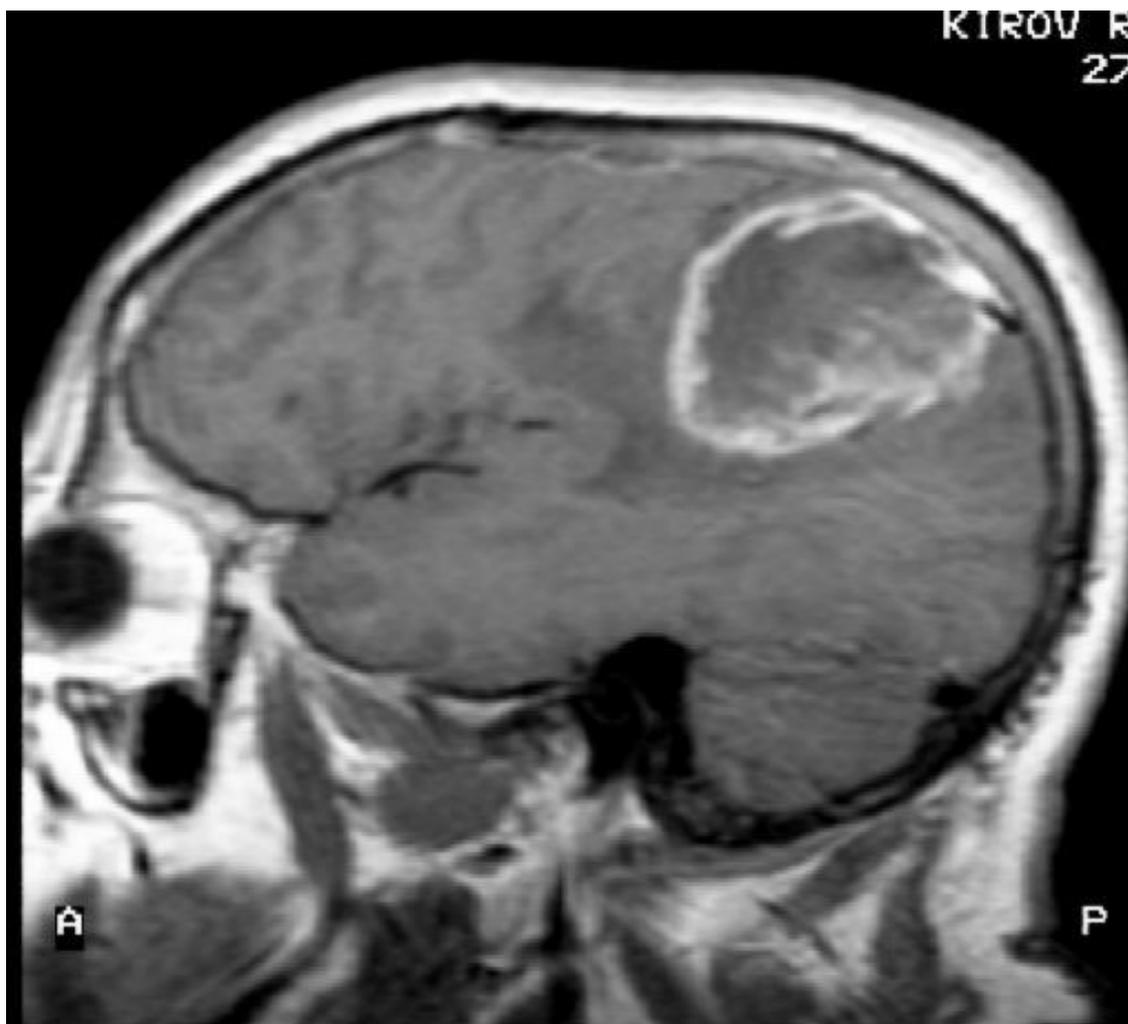
Сознание ясное. Плохо понимает обращенную речь, сама говорит с ошибками. Ригидность затылочных мышц + 2 см. Обоняние не нарушено. Зрение не страдает. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Сглаженность правой носогубной складки. Слух не нарушен. Фокация 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:

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 № 15



ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 16.

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.

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

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 мимоподпаданием и интенционным тремором. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

Укажите топический очаг поражения.

Клинический диагноз.

Интерпретируйте результаты дополнительного обследования (см. приложение к задаче).

Лечение данного заболевания, последовательность лечебных мероприятий.

Приложение к задаче № 16.

Больной обследован. Выполнена компьютерная томография головного мозга.



ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 17.

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

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

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.

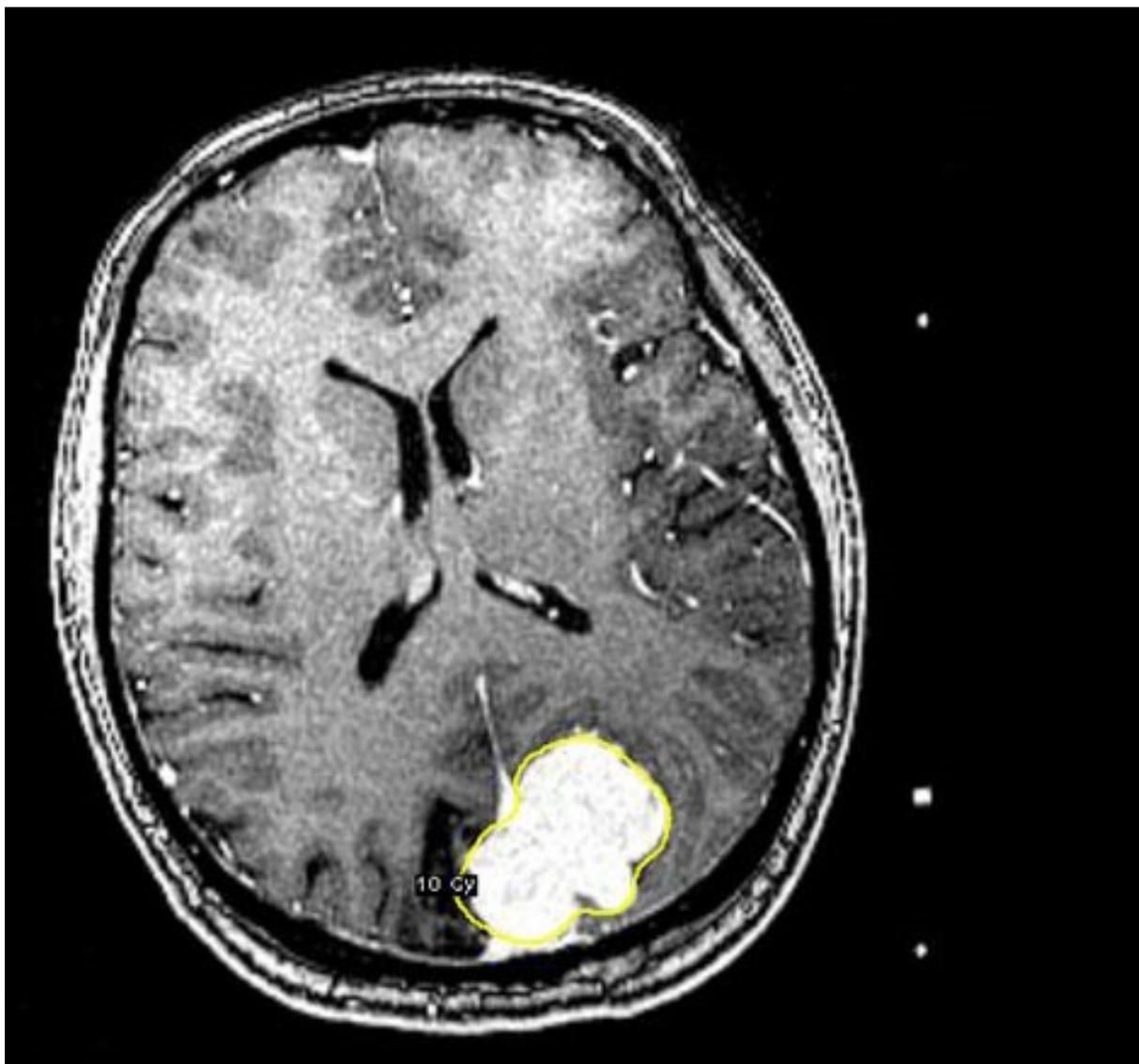
Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная 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 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. Фокация 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:

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 № 17.



ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 18.

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.

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

Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.
Мочеиспускание нормальное.

Стул не нарушен.

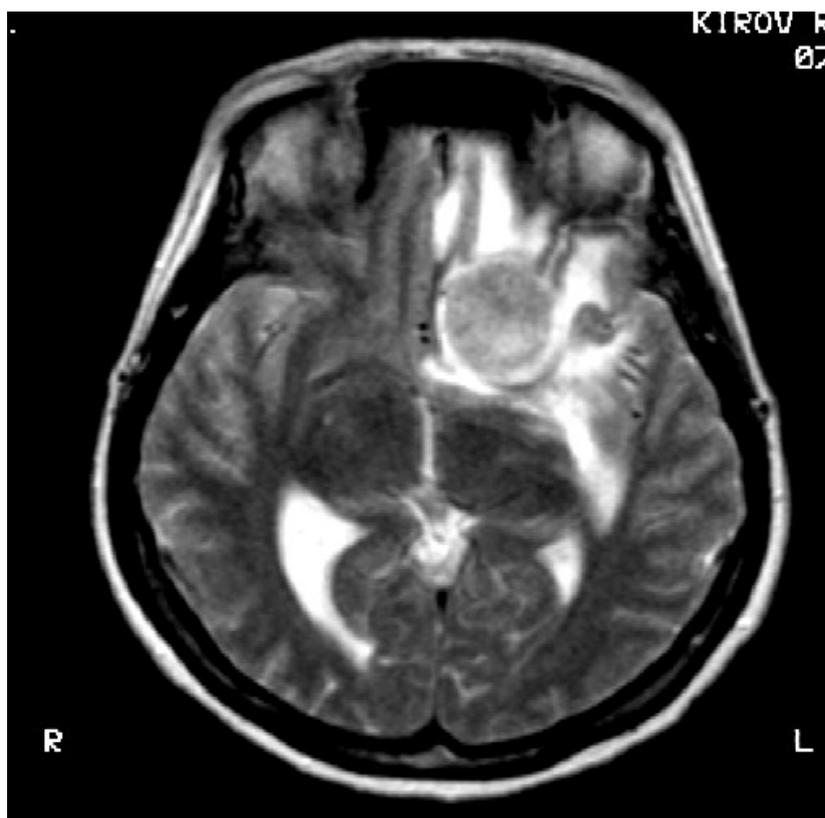
Больной малоактивен, говорит неохотно, мало. Ригидность мышц затылка (+ 4 см). Обоняние и зрение не нарушены. Движения глаз в полном объеме. Глазные щели D=S. Нистагма нет. Зрачки D=S. Чувствительность лица не нарушена. Сглажена правая носогубная складка. Слух не нарушен. Фонация и глотание сохранены.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

Вопросы:

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 № 18.

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



ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

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

Задача № 19.

Больной, 9 лет, жалуется на ежедневные головные боли, прогрессирующее ухудшение зрения на оба глаза, жажду.

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. Фокация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S; общий рефлекторный 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:

6. Укажите топический очаг поражения.
7. Клинический диагноз.
8. Возможный патогенез энуреза у больного..
9. Дополнительные методы диагностики заболевания и ожидаемые результаты.
10. Лечение данного заболевания.

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

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 20.

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.

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.

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

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 21.

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 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 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:

5. Укажите топический очаг поражения.
6. Клинический диагноз.

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

7. Дополнительные методы диагностики заболевания. Объясните причину отсутствия патологических изменений костей черепа на рентгенограмме.
8. Лечение данного заболевания.

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 22.

Больной, 63 лет, предъявляет жалобы на головную боль затылочной локализации, сопровождающуюся тошнотой, рвотой, преимущественно в утренние часы.

ANAMNESIS MORBI.

Трижды по утрам отмечал преходящее 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. 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 рефлексы 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.

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

Вопросы:

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.

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 23.

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. 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.

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

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.

Контрольные вопросы:

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.

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 24

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.

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

STATUS NEUROLOGICUS

Умеренное оглушение. 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 рефлексy D=S, снижены. Патологические рефлексy отсутствуют. Пальценосовую пробу выполняет слева с мимопопаданием и интенционным 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:

5. Укажите топический очаг поражения.
6. Клинический диагноз.
7. Интерпретируйте результаты компьютерной томографии.
8. Лечение данного заболевания, последовательность лечебных мероприятий.

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 25.

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

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

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 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 Россолимо. 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).

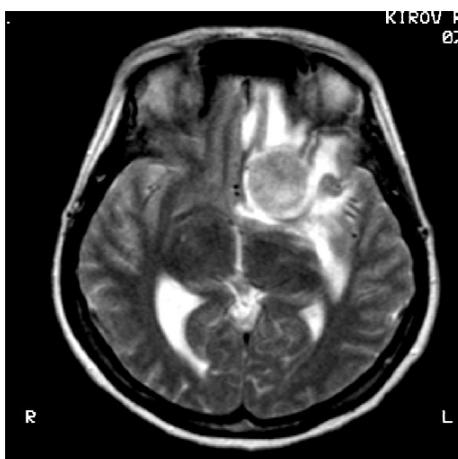


Рис. 10. МР- томограмма больного 43 лет.

Вопросы:

6. Выделите симптомы, сгруппируйте их в синдромы.
7. Топический диагноз.
8. Клинический диагноз.

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

9. Интерпретируйте результаты МРТ головного мозга.
10. Лечение данного заболевания.

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 26.

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.

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. Мелкоразмашистый 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

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

позе Ромберга неустойчива с тенденцией отклонения вправо. Координаторные пробы выполняет с интенцией и мимопопаданием справа. Адиадохокinez справа. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

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

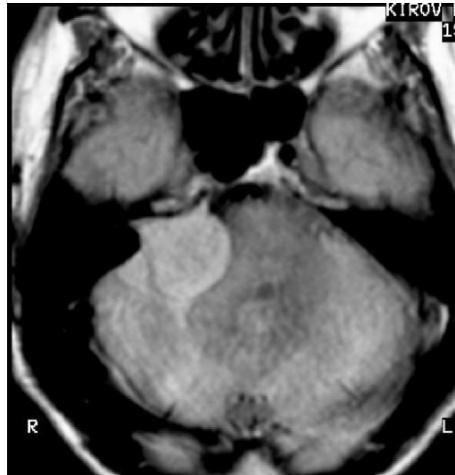


Рис. 11. МР- томограмма больной 59 лет.

Вопросы:

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

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 27.

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

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

панкреатит. Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность не отягощена. 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 рефлексы D=S. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет уверенно. Чувствительность на туловище и конечностях сохранена.

Вопросы:

5. Укажите топический очаг поражения нервной системы.
6. Клинический диагноз.
7. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза, предполагаемые результаты объективных методов диагностики.
8. Лечение данной больной.

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 28.

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.

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

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.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного.

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача 29.

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.

Поставьте диагноз.

Как называется интервал между травмой и появлением неврологических симптомов?

Как называется развивающийся синдром?

Определите тактику ведения больного.

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 30.

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 ступеваны, вены расширены, полнокровны.

На МРТ (T1 взвешенные снимки), выполненной через 12 дней после травмы, отмечается образование с высокой интенсивностью сигнала, прилегающее к коре обоих полушарий.

Поставьте диагноз.

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

Определите тактику ведения больного

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 31.

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 %.).

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного.

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 32.

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.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больной.

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

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

Задача № 33.

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.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больной.

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 34.

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.

Поставьте диагноз

Определите тактику ведения больного.

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 35.

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

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

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 отток осуществляется в многочисленные гипертрофированные вены субарахноидальных оболочек левого полушария и внутрикостные вены свода черепа. Поставьте диагноз.
Определите тактику ведения больного.

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача №36.

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 закрывании 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. Поставьте диагноз.
Определите тактику ведения больного.

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 37.

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. Поставьте предварительный диагноз.
Определите тактику ведения больной.

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

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 38.

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 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. Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного.

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 39.

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, присоединилась 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.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного.

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 40

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

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

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.

Поставьте предварительный диагноз.

Определите тактику ведения больного.

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 41.

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 0,8x0,2см.

Поставьте диагноз.

Определите тактику ведения больного.

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 42.

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 - 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.

Поставьте диагноз.

Какие методы обследования необходимо провести?

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

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 43.

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, отмечаются персеверации, что также проявляется при письме.

Поставьте предварительный диагноз.

Где локализуется очаг поражения?

Какие дополнительные методы исследования могут быть рекомендованы?

Определите тактику ведения больного.

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 44.

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.

Поставьте диагноз.

С чем необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Определите тактику ведения больного.

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 45.

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

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

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 С5 с двух сторон. Симптом Бабинского с 2 сторон, клонус стопы справа. На МРТ шейного отдела позвоночника выявлено увеличение поперечного размера спинного мозга на уровне С2-С6 позвонков за счет структуры с интенсивностью сигнала, близкой к серому веществу.

Поставьте диагноз.

Какова тактика ведения больного?

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 46.

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 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.

Поставьте диагноз.

Определите тактику лечения.

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 47.

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 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

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

области пирамидки височной кости справа, умеренно выраженная сопутствующая гидроцефалия. Анализ ликвора: белково-клеточная диссоциация.

Поставьте диагноз.

Определите тактику лечения.

ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-7,ПК-12

Задача № 48

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 15x10⁹/л, СОЭ – 50 мм/час. При поясничном проколе выявлен нейтрофильный плеоцитоз 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.

Поставьте диагноз.

С чем нужно дифференцировать заболевание?

Определите тактику ведения больного.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 48

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.

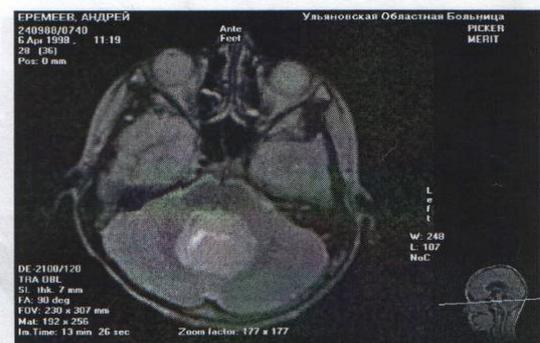
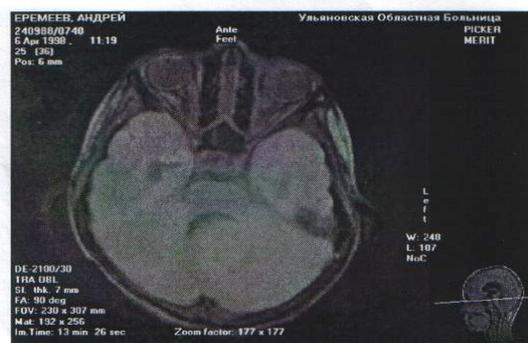
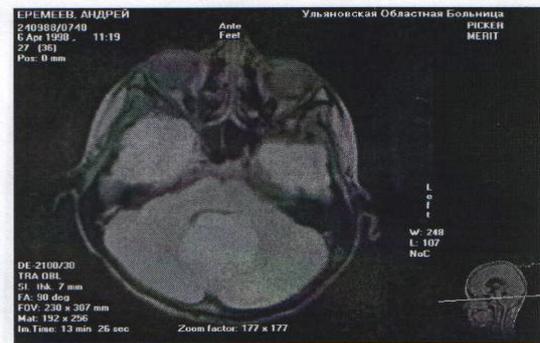
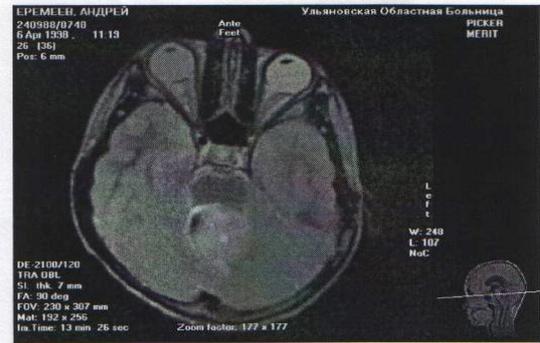
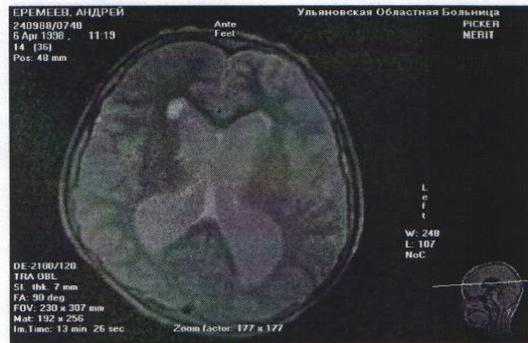
Вопросы:

Укажите топический очаг поражения.

Клинический диагноз.



Интерпретируйте результаты дополнительного обследования (см. приложение к задаче).
Лечение данного заболевания, последовательность лечебных мероприятий.
Приложение к задаче № 16.



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

Самостоятельная работа обучающихся

Цель: информационная и контролирующая для эффективного овладения учебным материалом.

Задачи: изучение этиологии, патогенеза и лечения нозологических форм патологии с анализом врачебных ошибок к данному теоретическому материалу.

Форма обучения очная.

Название разделов и тем	Вид самостоятельной работы (проработка учебного материала, решение задач, реферат, подготовка к сдаче зачета/диф. зачета)	Объем в часах	Форма контроля (проверка решения задач, реферата и др.)
Опухоли нервной системы	проработка учебного материала		беседа
Опухоли нервной системы	решение задач		Проверка решения задач
Опухоли нервной системы	подготовка к сдаче зачета		зачет
Опухоли нервной системы	реферат		Проверка реферата

VII РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ В ФОРМЕ СТАЖИРОВКИ

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей-нейрохирургов по дисциплине «Опухоли центральной нервной системы» может реализовываться частично или полностью в форме стажировки.

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 организацией с учетом предложений организаций, направляющих специалистов на стажировку, содержания дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей-нейрохирургов по дисциплине «Опухоли центральной нервной системы».

Содержание реализуемой дополнительной профессиональной программы и (или) отдельных ее компонентов (модулей), практик, стажировок) должно быть направлено на достижение целей программы, планируемых результатов ее освоения.

Освоение дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по дисциплине «Опухоли центральной нервной системы» в форме стажировки завершается итоговой аттестацией обучающихся, порядок которой определяемой организацией самостоятельно.

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

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 УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Список рекомендуемой литературы

Основная

1. Можаяев С.В., Скоромец А.А., Скоромец Т.А. Нейрохирургия. М.,- 2009. 480 с.
2. Гринберг М.С. Нейрохирургия. М.,- 2010, 1008 с.
3. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Нервные болезни.- С-Пб., 2014.- 560 с.
4. Гусев Е.И, Коновалов А.Н., Скворцова В.И., Гехт А.Б. Неврология. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 1040 с.

Дополнительная

1. Никифоров А.С., Гусев Е.И. Частная неврология.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.- 768 с.
2. Шток В.Н., Левин О.С. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы.- М.: МИА, 2013.- 500 с.
5. Древаль О.Н. Нейрохирургия. М.,- 2013, 592 с.
6. Бублиевский Д.В., Евзиков Г.Ю., Фарафонов А.В., Шашкова Е.В. Клиника, диагностика и результаты микрохирургического удаления спинальных гемангиобластом. // Нейрохирургия. - 2013. - [№ 3](#). - С. 15-23.
9. Евзиков Г.Ю., Горбачева Ю.В., Шашкова Е.В., Бублиевский Д.В., Львов И.С. Спинальная менингеальная меланоцитома. // Нейрохирургия. - 2009. - [№ 2](#). - С. 51-54.
10. Евзиков Г.Ю., Кобяков Г.Л. Диагностика и тактика комплексного лечения метастатического поражения головного мозга. Часть 1. // Нейрохирургия. - 2009. - [№ 2](#). - С. 64-70.
11. Евзиков Г.Ю., Шашкова Е.В. Клиника, диагностика и хирургическое лечение интрамедуллярных опухолей верхнешейных сегментов спинного мозга. // Нейрохирургия. - 2008. - [№ 3](#). - С. 38-40.
12. Евзиков Г.Ю. Сирингомиелия. // Нейрохирургия. - 2008. - [№ 2](#). - С. 8-13.

Учебно-методическая

- . Скоромец А.А. Нервные болезни: учеб. пособие. - М.: МЕДпресс-информ, 2012.- 957с.

Согласовано:

_____ / _____ / _____ / _____

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

Должность сотрудника научной библиотеки

ФИО

подпись

дата

Программное обеспечение

наименование	договор
СПС Консультант Плюс	Договор №1-2016-1327 от 01.03.2016
НЭБ РФ	Договор №101/НЭБ/2155 от 14.04.2017
ЭБС IPRBooks	контракт №4429/18 от 10.10.2018
АИБС "МегаПро"	Договор №727 от 22.11.2018
Система «Антиплагиат.ВУЗ»	Договор №360 от 25.06.2018
ОС MicrosoftWindows	контракт №580 от 29.08.2014, контракт №581 от 29.08.2014 (оба контракта на одно и то же кол-во лицензий)

MicrosoftOffice 2016	Договор №991 от 21.12.2016
или	
«МойОфис Стандартный»	Договор №793 от 14.12.2018

Автоматизированная информационная система «Витакор РМИС»	Договор №1418/У от 25.03.2018
StatisticaBasicAcademicforWindows 13	510 от 06.08.2018

Профессиональные базы данных, информационно-справочные системы

1.Электронно-библиотечные системы

2.Система ГАРАНТ [Электронный ресурс] : электронный периодический справочник / НПП «ГАРАНТ-СЕРВИС». - Электрон. дан. - М., [201-].

3.КонсультантПлюс [Электронный ресурс]: справочная правовая система./Компания «Консультант Плюс» - Электрон. дан. - М. : КонсультантПлюс, [201-].

Специальные условия для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья

В случае необходимости, обучающимся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья (по заявлению обучающегося) могут предлагаться одни из следующих вариантов восприятия информации с учетом их индивидуальных психофизических особенностей:

- для лиц с нарушениями зрения: в печатной форме увеличенным шрифтом; в форме электронного документа; в форме аудиофайла (перевод учебных материалов в аудиоформат); в печатной форме на языке Брайля; индивидуальные консультации с привлечением тифлосурдопереводчика; индивидуальные задания и консультации;

- для лиц с нарушениями слуха: в печатной форме; в форме электронного документа; видеоматериалы с субтитрами; индивидуальные консультации с привлечением сурдопереводчика; индивидуальные задания и консультации;

- для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата: в печатной форме; в форме электронного документа; в форме аудиофайла; индивидуальные задания и консультации.

Разработчик _____

профессор

Мидленко А.И.

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

подпись

должность

ФИО