

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»**  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

СОГЛАСОВАНО

Декан факультета подготовки  
кадров высшей квалификации  
ФГАОУ ВО РНИМУ  
им. Н.И. Пирогова Минздрава России

\_\_\_\_\_ М.В. Хорева

«23» июня 2022 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)  
«НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В НЕВРОЛОГИИ»**

Специальность

**31.08.42 Неврология**

Направленность (профиль) программы

**Неврология**

Уровень высшего образования

**подготовка кадров высшей квалификации**

Москва, 2022 г.

Рабочая программа дисциплины (модуля) «Неотложные состояния в неврологии» разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.42 Неврология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утверждённым приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 02.02.2022 № 103, педагогическими работниками межкафедрального объединения: кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ЛФ, кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики им. академика Л.О.Бадаляна ПФ, кафедры неврологии ФДПО

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность в Университете, кафедра
1	Гусев Евгений Иванович	д.м.н., профессор, академик РАН	Заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ЛФ
2	Заваденко Николай Николаевич	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики им. академика Л.О.Бадаляна ПФ
3	Соловьева Элла Юрьевна	д.м.н., профессор	Заведующая кафедрой неврологии ФДПО
4	Чуканова Елена Игоревна	д.м.н., профессор	Профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ЛФ
5	Бембеева Раиса Цеденкаевна	д.м.н., доцент	Профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики им. академика Л.О.Бадаляна ПФ
6	Кольцова Евгения Александровна	к.м.н., доцент	Профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ЛФ
7	Ермошкина Наталья Юрьевна	к.м.н., доцент	Доцент кафедры неврологии ФДПО

Рабочая программа дисциплины (модуля) «Неотложные состояния в неврологии» рассмотрена и одобрена на заседании межкафедрального объединения по специальности 31.08.42 Неврология.

протокол № 1 от «14» марта 2022 г.

Руководитель межкафедрального объединения \_\_\_\_\_/Гусев Е. И./

## ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Цель и задачи изучения дисциплины (модуля), требования к результатам освоения дисциплины (модуля).....	4
2. Объем дисциплины (модуля) по видам учебной работы.....	7
3. Содержание дисциплины (модуля).....	7
4. Учебно-тематический план дисциплины (модуля) .....	8
5. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся .....	9
6. Оценочные средства для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся .....	10
7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (модуля) .....	10
8. Материально-техническое обеспечение дисциплины (модуля) .....	12
9. Методические указания для обучающихся по изучению дисциплины (модуля) .....	13
10. Методические рекомендации преподавателю по организации учебного процесса по дисциплине (модулю).....	14
Приложение 1 к рабочей программе по дисциплине (модулю).....	16

## **1. Цель и задачи изучения дисциплины (модуля), требования к результатам освоения дисциплины (модуля)**

### **Цель изучения дисциплины (модуля)**

Приобретение углубленных знаний, умений и навыков по основным неотложными состояниями у неврологических пациентов, необходимых в профессиональной деятельности врача-невролога.

### **Задачи дисциплины (модуля)**

1. Совершенствование знаний по этиологии и патогенезу развития неотложных неврологических состояний;
2. Совершенствование знаний по клинической и инструментальной диагностике неотложных неврологических состояний;
3. Приобретение знаний, умений и навыков по дифференциальной диагностике и оказанию экстренной помощи при неотложных состояниях в неврологии;
4. Приобретение знаний, умений и навыков, особенностей этики и деонтологии при общении с пациентом в ургентном состоянии и его близкими.

### **Требования к результатам освоения дисциплины (модуля)**

Формирование универсальных и общепрофессиональных компетенций у обучающихся в рамках изучения дисциплины (модуля) предполагает овладение системой теоретических знаний по выбранной специальности и формирование соответствующих умений и (или) владений.

*Таблица 1*

Код и наименование компетенции, индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	
<b>УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте</b>		
УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Профессиональные источники информации, в т.ч. базы данных;</li> <li>- Современные классификации заболеваний;</li> <li>- Современные методы диагностики заболеваний;</li> <li>- Методы лечения заболеваний;</li> <li>- Методики сбора, анализа и интерпретации полученных данных.</li> </ul>
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Пользоваться профессиональными источниками информации;</li> <li>- Приобретать систематические знания в области клиники, диагностики, лечения и профилактики заболеваний органов и систем человека;</li> <li>- Анализировать и критически оценивать полученную информацию о здоровье населения;</li> <li>- Планировать диагностическую и лечебную деятельность на основе анализа и интерпретации полученных данных.</li> </ul>
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Навыком использования профессиональных источников информации;</li> <li>- Навыком систематизации знаний в области диагностики состояний и заболеваний органов и систем человека;</li> <li>- Технологией сравнительного анализа, дифференциально-диагностического поиска на основании данных обследования и</li> </ul>

		использования профессиональных источников информации; – Навыком планирования диагностической и лечебной деятельности на основе анализа и интерпретации полученных данных.
УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать	– Методы и средства решения профессиональных задач;
	Уметь	– Выбирать методы и средства для решения профессиональных задач;
	Владеть	– Навыками выбора методов и средств решения профессиональных задач;
<b>ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</b>		
ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями	Знать	– Основные синдромы неотложных неврологических состояний; – Этиологию, патогенез, клинические особенности коматозных состояний. Методику осмотра больного в коматозном состоянии; – Основные критерии и принципы оценки степени угнетения сознания, типы дыхательных нарушений у неврологических больных; – Особенности коматозных состояний при вторичных метаболических энцефалопатиях и экзогенных интоксикациях. Принципы диагностики; – Клинические и инструментальные признаки вегетативного состояния, диагностические критерии смерти мозга. – Этиологию, патогенез, клинические признаки, принципы диагностики разных вариантов нарушения мозгового кровообращения; – Этиологию, патогенетические механизмы, методы исследования эпилептического статуса; – Дифференциально-диагностические критерии различных пароксизмальных расстройств сознания. – Патогенетические механизмы черепно-мозговой травмы, особенности клинического течения различных форм ЧМТ, принципы диагностики различных форм черепно-мозговой травмы; – Этиологию, патогенез, клинику, диагностику миастенических кризов. – Особо опасные инфекции, при которых возможно развитие urgentных неврологических состояний, принципы диагностики острых инфекционных заболеваний нервной системы; – Этиологию, патогенез, клинику, диагностику неотложных состояний при патологии периферической нервной системы;
	Уметь	– Собрать жалобы, анамнез жизни у пациентов (их законных представителей) при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы – Оценивать соматический статус пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы (внешний осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, пульса, температуры) – Исследовать неврологический статус пациента в бессознательном состоянии, определить степень угнетения сознания больного, определить тип нарушения дыхания у больного – Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы – Определить показания к переводу пациента в отделение нейрореанимации
	Владеть	– Навыками исследования и интерпретации неврологического статуса у пациента в тяжелом состоянии: – Навыками выполнения лекарственных проб (прозергиновая проба) – Навыками постановки диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и

		проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)
ОПК-4.2 Направляет пациентов с заболеваниями и (или) состояниями на лабораторные и инструментальные обследования	Знать	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Показания и противопоказания для выполнения инструментальных и лабораторных методов исследования, применяемых у неврологических пациентов;</li> <li>– Набор, последовательность и сроки выполнения необходимых диагностических мероприятий при основных заболеваниях и состояниях нервной системы</li> </ul>
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Определить объем необходимых параклинических и лабораторных исследований в зависимости от заболевания пациента;</li> <li>– Оценить данные параклинических и лабораторных методов исследования, определить показания к нейрореанимации</li> </ul>
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Навыками выполнения люмбальной пункции</li> <li>– Навыками интерпретации данных дополнительных методов исследования</li> <li>– Навыками проведения дифференциальной диагностики неврологической патологии по данным методов диагностики и клинической картины заболевания</li> </ul>
<b>ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</b>		
ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях	Знать	<ul style="list-style-type: none"> <li>– План лечения пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</li> <li>– Показания, противопоказания, лечебные дозы, побочные действия основных лекарственных препаратов, применяемых при заболеваниях и состояниях нервной системы</li> </ul>
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Разрабатывать план лечения пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</li> <li>– Назначать лекарственные препараты пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</li> </ul>
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Навыками составления плана лечения и назначения лекарственных препаратов пациентам при заболеваниях и состояниях нервной системы</li> </ul>
ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения	Знать	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Критерии эффективности, назначаемого лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями нервной системы;</li> <li>– Возможные побочные эффекты назначаемых лекарственных препаратов;</li> </ul>
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы;</li> </ul>
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Навыками оценки эффективности и безопасности проводимой терапии при заболеваниях и состояниях нервной системы</li> </ul>
<b>ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</b>		
ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Знать	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Клинические симптомы и синдромы неотложных состояний у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы;</li> <li>– Показания для перевода пациента в отделение нейрореанимации при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы;</li> <li>– Тактику оказания неотложной помощи при острых</li> </ul>

		заболеваниях и (или) состояниях нервной системы
	Уметь	– Выявлять клинические симптомы и синдромы неотложных состояний у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы; – Определить показания для перевода пациента в отделение нейрореанимации при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы;
	Владеть	– Навыками оказания неотложной помощи неврологическому больному

## 2. Объем дисциплины (модуля) по видам учебной работы

Таблица 2

Виды учебной работы	Всего, час.	Объем по полугодиям			
		1	2	3	4
<b>Контактная работа обучающегося с преподавателем по видам учебных занятий (Контакт. раб.):</b>	40	40	-	-	-
Лекционное занятие (Л)	6	6	-	-	-
Семинарское/практическое занятие (СПЗ)	34	34	-	-	-
Консультации (К)	-	-	-	-	-
Самостоятельная работа обучающегося, в том числе подготовка к промежуточной аттестации (СР)	32	32	-	-	-
<b>Вид промежуточной аттестации: Зачет (З), Зачет с оценкой (ЗО), Экзамен (Э)</b>	<i>Зачет</i>	3	-	-	-
<b>Общий объем</b>	<b>в часах</b>	72	72	-	-
	<b>в зачетных единицах</b>	2	2	-	-

## 3. Содержание дисциплины (модуля)

### Раздел 1. Синдромы неотложных состояний, комы. Смерть мозга

Тема 1.1 Общемозговой, менингеальный и очаговый синдромы. Дислокационный синдром. Отек мозга. Диагностика повышения внутричерепного давления ВЧД, концепция Монро-Келли;

Тема 1.2 Виды нарушения сознания. Методика обследования пациента с нарушением сознания;

Тема 1.3 Коматозные состояния. Виды ком. Псевдокоматозные состояния;

Тема 1.4 Критерии смерти мозга.

### Раздел 2. Острые нарушения мозгового кровообращения

Тема 2.1 Этиология, патогенез, принципы диагностики, неотложной помощи и терапии ишемического инсульта.

Тема 2.2 Этиология, патогенез, принципы диагностики, неотложной помощи и терапии геморрагического инсульта.

Тема 2.3 Этиология, патогенез, принципы диагностики, неотложной помощи и терапии субарахноидального кровоизлияния (САК).

### Раздел 3. Эпилептический статус

Этиология, патогенез, классификация, клиника эпилептического статуса. Диагностика и дифференциальная диагностика с другими патологиями нервной системы. Принципы неотложной помощи и лечения пациента с эпилептическим статусом.

## Раздел 4. Нейроинфекции

Тема 4.1 Острые инфекционные энцефалиты. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика и дифференциальная диагностика острых инфекционных энцефалитов с другими патологиями нервной системы. Принципы неотложной помощи, тактика ведения и лечение острых энцефалитов;

Тема 4.2 Острые менингиты. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика острых менингитов с другими патологиями нервной системы. Принципы неотложной помощи, тактика ведения и лечение острых менингитов.

## Раздел 5. Неотложные состояния при заболеваниях периферической нервной системы

Этиология, патогенез, классификация, клиника эпилептического статуса. Диагностика и дифференциальная диагностика с другими патологиями нервной системы. Принципы неотложной помощи и лечения пациента с синдромом Гийена Барре.

## Раздел 6. Ургентные состояния при нервно-мышечной патологии

Классификация, этиология, патогенетические механизмы развития миастенических кризов. Принципы диагностики, дифференциальной диагностики, тактики ведения и терапии миастенических кризов.

## Раздел 7. Черепно-мозговая травма

Принципы классификации и патогенетические механизмы черепно-мозговой травмы, особенности клинического течения, принципы диагностики, терапии, неотложная помощь при различных формах черепно-мозговой травмы.

### 4. Учебно-тематический план дисциплины (модуля)

Таблица 3

Номер раздела, темы	Наименование разделов, тем	Количество часов						Форма контроля	Код индикатора
		Всего	Конт. акт. раб.	Л	СПЗ	К	СР		
	<b>Полугодие 1</b>	<b>72</b>	<b>40</b>	<b>6</b>	<b>34</b>	<b>-</b>	<b>32</b>	<b>Зачет</b>	
<b>Раздел 1</b>	<b>Синдромы неотложных состояний, комы. Смерть мозга.</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>-</b>	<b>4</b>	Устный опрос	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1
Тема 1.1	Общемозговой, менингеальный и очаговый синдромы	3	2	2	-	-	1		
Тема 1.2	Виды нарушения сознания	3	2	-	2	-	1		
Тема 1.3	Коматозные состояния	3	2	-	2	-	1		
Тема 1.4	Критерии смерти мозга	2	1	-	1	-	1		
<b>Раздел 2</b>	<b>Острые нарушения мозгового кровообращения</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>4</b>	Ситуационные задачи	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2
Тема 2.1	Этиология, патогенез, принципы диагностики и терапии ишемического инсульта;	4	3	2	1	-	1		

Тема 2.2	Этиология, патогенез, принципы диагностики и терапии геморрагического инсульта	4	2	2	-	-	2		ОПК-10.2
Тема 2.3	Этиология, патогенез, принципы диагностики и терапии субарахноидального кровоизлияния САК	3	2	-	2	-	1		
<b>Раздел 3</b>	<b>Эпилептический статус.</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>-</b>	<b>6</b>	<b>-</b>	<b>4</b>	Устный опрос	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-10.2
<b>Раздел 4</b>	<b>Нейроинфекции</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>-</b>	<b>5</b>	<b>-</b>	<b>5</b>	Тестирование	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-10.2
Тема 4.1	Острые инфекционные энцефалиты	5	3	-	3	-	2		
Тема 4.2	Острые менингиты	5	2	-	2	-	3		
<b>Раздел 5</b>	<b>Неотложные состояния при заболеваниях периферической нервной системы.</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>-</b>	<b>5</b>	<b>-</b>	<b>5</b>	Устный опрос	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-10.2
<b>Раздел 6</b>	<b>Ургентные состояния при нервно-мышечной патологии</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>-</b>	<b>5</b>	<b>-</b>	<b>5</b>	Ситуационные задачи	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-10.2
<b>Раздел 7</b>	<b>Черепно-мозговая травма</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>-</b>	<b>5</b>	<b>-</b>	<b>5</b>	Ситуационные задачи	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-10.2
<b>Общий объем</b>		<b>72</b>	<b>40</b>	<b>6</b>	<b>34</b>	<b>-</b>	<b>32</b>	<b>Зачет</b>	

## 5. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся

Цель самостоятельной работы обучающихся заключается в глубоком, полном усвоении учебного материала и в развитии навыков самообразования. Самостоятельная работа включает: работу с текстами, основной и дополнительной литературой, учебно-методическими пособиями, нормативными материалами, в том числе материалами Интернета, а также проработка конспектов лекций, написание докладов, рефератов, участие в работе семинаров, студенческих научных конференциях.

Задания для самостоятельной работы

Таблица 4

Номер раздела	Наименование раздела	Вопросы для самостоятельной работы
---------------	----------------------	------------------------------------

1	Синдромы неотложных состояний, комы. Смерть мозга	1. Критерии хронического вегетативного состояния 2. Методы диагностики смерти мозга 3. Виды ком. Дифференциальная диагностика коматозных состояний
2	Острые нарушения мозгового кровообращения	1. Показания и противопоказания для тромболитической терапии 2. Редкие причины ишемического инсульта 3. Особенности назначения вторичной профилактики при разных патогенетических вариантах ишемического инсульта 4. Способы контроля вторичной ишемии мозга у больных с САК 5. Тактика снижения артериального давления при разных вариантах острых нарушений мозгового кровообращения
3	Эпилептический статус	1. Патогенез эпилептического статуса 2. Современные препараты для лечения эпилептического статуса 3. ЭЭГ при эписпусе 4. Дифференциальная диагностика бессудорожного эпилептического статуса 5. Лечение эпилептического статуса
4	Нейроинфекции	1. Особенности клиники при нейроборрелиозе 2. Особенности менингита при туберкулёзной инфекции 3. Клиника острого клещевого энцефалита 4. Клиника острого герпетического энцефалита 5. Интерпретация анализа ликвора
5	Неотложные состояния при заболеваниях периферической нервной системы	1. Патогенетические механизмы демиелинизации 2. Дифференциальная диагностика синдрома острой полинейропатии 3. Клиническая картина синдрома Гийена Барре 4. Лечение синдрома Гийена Барре 5. Применение плазмафереза при синдроме Гийена Барре
6	Ургентные состояния при нервно-мышечной патологии	1. Патогенез миастенических кризов 2. Особенности течения миастении с тимомой 3. Методика проведения, оценка результатов прозериновой пробы 4. Клинические отличия миастенического и холинергического кризов 5. Различия в тактике ведения миастенического и холинергического кризов
7	Черепно-мозговая травма	1. Дифференциальная диагностика различных видов ЧМТ 2. Роль методов нейровизуализации при ЧМТ

Контроль самостоятельной работы осуществляется на семинарских (практических) занятиях.

## **6. Оценочные средства для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся**

Примерные оценочные средства, включая оценочные задания для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) представлены в Приложении 1 Оценочные средства по дисциплине (модулю).

## **7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (модуля)**

*Таблица 5*

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество экземпляров
<b>Основная литература</b>		
1.	Неврология [Электронный ресурс]: нац. рук. / [Авакян Г. Н. и др.]; гл. ред. Е. И. Гусев [и др.]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 1035 с.: ил. - Режим доступа: <a href="http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp">http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp</a> .	Удаленный доступ
2.	Частная неврология [Текст]: учебное пособие для системы послевуз. проф. образования врачей / А. С. Никифоров, Е. И. Гусев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 767 с.	7
3.	Практическая неврология [Электронный ресурс]: руководство / под ред. А. С. Кадыкова [и др.]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 448 с. - Режим доступа: <a href="http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp">http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp</a> .	Удаленный доступ
4.	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: [учеб. для мед. вузов]: в 2 т. Т. 1. Неврология / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. – 4-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 640 с. – Режим доступа: <a href="http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp">http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp</a> .	Удаленный доступ
5.	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]: [учеб. для мед. вузов]: в 2 т. Т. 2. Нейрохирургия / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова; под ред. А. Н. Коновалова, А. В. Козлова. – 4-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 421 с. – Режим доступа: <a href="http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp">http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp</a> .	Удаленный доступ
6.	Неотложная неврология [Текст]: (догоспит. этап): [учеб. пособие для системы послевуз. образования] / В. Б. Ласков, С. А. Сумин. - Москва: МИА, 2010.	1
7.	Неотложная помощь [Текст]: справ. практ. врача: пер. с нем. / З. Мюллер. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: МЕДпресс-информ, 2009. - Загл. и авт. ориг.: Memorix Notfallmedizin / S. Muller.	5
8.	Компьютерная томография в неотложной медицине [Электронный ресурс] / под ред. С. Мирсадрэ [и др.]; пер. с англ. О. В. Усковой, О. А. Эттингер. – 2-е изд. (эл.). – Москва: БИНОМ. Лаб. знаний, 2014. – (Неотложная медицина). - Режим доступа: <a href="http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp">http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp</a> .	Удаленный доступ
9.	Болезнь Паркинсона [Текст] / Левин О. С. - 2-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2012. - 351 с. : [1] л. ил., ил.	1
10.	Полиневропатии [Текст]: клиническое руководство / Левин О. С.- М.: МИА, 2011. - 490 с.	1
11.	Рассеянный склероз [Текст]: справочник / Е. И. Гусев, А. Н. Бойко, И. Д. Столяров. - М.: Реал Тайм, 2009. - 291 с.	10
12.	Головокружение [Текст]: диагностика и лечение, распространенные диагностические ошибки: учебное пособие / Парфенов В. А. - 2-е изд. - Москва: МИА, 2011. - 191 с.	1
13.	Ишемический инсульт [Текст] / Парфенов В. А. - Москва: МИА, 2012. - 287 с.	2
14.	Диабетическая нейропатия [Текст] / С. В. Котов, А. П. Калинин, И. Г. Рудакова. - М.: МИА, 2011.	1
15.	Современная эпилептология [Текст] = Comprehensive Epileptology: [по материалам Междунар. конф., Санкт-Петербург, 23-25 мая 2011 г.] / под ред. Е. И. Гусева, А. Б. Гехт. - Москва : АПКИППРО, 2011. - 585 с.	1
16.	Эпилептология в медицине XXI века [Текст] = Epilepsy in modern medicine: книга составлена по материалам Конференции с международным участием, Москва - Казань, 6-10 апреля 2009 г. / под ред. Е. И. Гусева, А. Б. Гехт. - Москва: Светлица, 2009. - 570 с.	1
17.	Клиническая детская неврология [Текст]: рук. для врачей / под ред. А. С. Петрухина. - М.: Медицина, 2008.	22
<b>Дополнительная литература</b>		
1.	Детская неврология [Электронный ресурс]: [учеб. для высш. проф. образования]: в 2 т. Т. 1 / А. С. Петрухин. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 272 с. – Режим доступа: <a href="http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp">http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp</a> .	Удаленный доступ
2.	Детская неврология [Электронный ресурс]: [учеб. для высш. проф. образования]: в 2 т. Т. 2 / А. С. Петрухин. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 555 с. – Режим доступа: <a href="http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp">http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp</a> .	Удаленный доступ
3.	Детская неврология [Текст]: учебное пособие для вузов / Л. О. Бадалян. - 3-е изд. - Москва: МЕДпресс-информ, 2010. - 605 с.	11

4.	Принципы диагностики и лечения эпилепсии в педиатрической практике [Текст]: учебно-методическое пособие для нац. проекта "Здоровье"/ А. С. Петрухин, К. Ю. Мухин, Л. Ю. Глухова; Российский государственный медицинский университет, Кафедра неврологии и нейрохирургии педиатрического факультета. - Москва: ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, 2009. - 43 с.	5
5.	Неврология новорожденных [Электронный ресурс]: острый период и поздние осложнения / А. Ю. Ратнер. – 8-е изд. (эл.). – Москва: БИНОМ. Лаб. знаний, 2020. – Режим доступа: <a href="http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp">http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp</a> .	Удаленный доступ

### Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Официальный сайт РНИМУ: адрес ресурса – <https://rsmu.ru.ru/>, на котором содержатся сведения об образовательной организации и ее подразделениях, локальные нормативные акты, сведения о реализуемых образовательных программах, их учебно-методическом и материально-техническом обеспечении, а также справочная, оперативная и иная информация. Через официальный сайт обеспечивается доступ всех участников образовательного процесса к различным сервисам и ссылкам, в том числе к Автоматизированной системе подготовки кадров высшей квалификации (далее – АСПКВК);

2. ЭБС РНИМУ им. Н.И. Пирогова – Электронная библиотечная система;
3. ЭБС IPRbooks – Электронно-библиотечная система;
4. ЭБС Айбукс – Электронно-библиотечная система;
5. ЭБС Букап – Электронно-библиотечная система;
6. ЭБС Лань – Электронно-библиотечная система;
7. ЭБС Юрайт – Электронно-библиотечная система.

### Перечень профессиональных баз данных и информационных справочных систем

1. <http://www.consultant.ru> - Консультант студента, компьютерная справочная правовая система в РФ;
2. <https://www.garant.ru> - Гарант.ру, справочно-правовая система по законодательству Российской Федерации.

## 8. Материально-техническое обеспечение дисциплины (модуля)

Таблица 6

№ п/п	Наименование оборудованных учебных аудиторий	Перечень специализированной мебели, технических средств обучения
1	Учебные аудитории для проведения занятий лекционного и семинарского типов, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации	Оснащены столами, стульями, наборами демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие рабочим программам дисциплин (модулей), в том числе экран, проектор, электронная библиотека.
2	Помещения для симуляционного обучения	Оборудованные фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства, в количестве, позволяющем обучающимся осваивать трудовые действия и формировать необходимые навыки для выполнения трудовых функций, предусмотренных профессиональным стандартом
3	Помещения для самостоятельной работы (Библиотека, в том числе читальный зал)	Оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа к электронной информационно-

**Программное обеспечение**

- MICROSOFT WINDOWS 7, 10;
- OFFICE 2010, 2013;
- Антивирус Касперского (Kaspersky Endpoint Security);
- ADOBE CC;
- Photoshop;
- Консультант плюс (справочно-правовая система);
- iSpring;
- Adobe Reader;
- Adobe Flash Player;
- Google Chrom, Mozilla Firefox, Mozilla Public License;
- 7-Zip;
- FastStone Image Viewer.

**9. Методические указания для обучающихся по изучению дисциплины  
(модуля)**

Преподавание дисциплины (модуля) осуществляется в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования.

Основными формами получения и закрепления знаний по данной дисциплине (модулю) являются занятия лекционного и семинарского типа, самостоятельная работа обучающегося, в том числе под руководством преподавателя, прохождение контроля.

Учебный материал по дисциплине (модулю) разделен на семь разделов:

Раздел 1. Синдромы неотложных состояний, комы. Смерь мозга;

Раздел 2. Острые нарушения мозгового кровообращения;

Раздел 3. Эпилептический статус;

Раздел 4. Нейроинфекции;

Раздел 5. Неотложные состояния при заболеваниях периферической нервной системы;

Раздел 6. Ургентные состояния при нервно-мышечной патологии;

Раздел 7. Черепно-мозговая травма.

Изучение дисциплины (модуля) согласно учебному плану предполагает самостоятельную работу обучающихся. Самостоятельная работа включает в себя изучение учебной, учебно-методической и специальной литературы, её конспектирование, подготовку к семинарам (практическим занятиям), текущему контролю успеваемости и промежуточной аттестации зачету.

Текущий контроль успеваемости по дисциплине (модулю) и промежуточная аттестация осуществляются в соответствии с Порядком организации и проведения текущего контроля успеваемости и Порядком проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок.

Наличие в Университете электронной информационно-образовательной среды, а также электронных образовательных ресурсов позволяет изучать дисциплину (модуль) инвалидам и лицам с ОВЗ.

Особенности изучения дисциплины (модуля) инвалидами и лицами с ОВЗ определены в Положении об организации получения образования для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

## **10. Методические рекомендации преподавателю по организации учебного процесса по дисциплине (модулю)**

Преподавание дисциплины (модуля) осуществляется в соответствии с Федеральными государственными образовательными стандартами высшего образования, с учетом компетентностного подхода к обучению.

При изучении дисциплины (модуля) рекомендуется использовать следующий набор средств и способов обучения:

- рекомендуемую основную и дополнительную литературу;
- задания для подготовки к семинарам (практическим занятиям) – вопросы для обсуждения и др.;
- задания для текущего контроля успеваемости (задания для самостоятельной работы обучающихся);
- вопросы и задания для подготовки к промежуточной аттестации по итогам изучения дисциплины (модуля), позволяющие оценить знания, умения и уровень приобретенных компетенций.

При проведении занятий лекционного и семинарского типа, в том числе в форме вебинаров и on-line курсов необходимо строго придерживаться учебно-тематического плана дисциплины (модуля), приведенного в разделе 4 данного документа. Необходимо уделить внимание рассмотрению вопросов и заданий, включенных в оценочные задания, при необходимости, решить аналогичные задачи с объяснением алгоритма решения.

Следует обратить внимание обучающихся на то, что для успешной подготовки к текущему контролю успеваемости и промежуточной аттестации нужно изучить материалы основной и дополнительной литературы, список которых приведен в разделе 7 данной рабочей программы дисциплины (модуля) и иные источники, рекомендованные в подразделах «Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и «Перечень профессиональных баз данных и информационных справочных систем», необходимых для изучения дисциплины (модуля).

Текущий контроль успеваемости и промежуточная аттестация осуществляются в соответствии с Порядком организации и проведения текущего контроля успеваемости и Порядком проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок, с которыми необходимо ознакомить обучающихся на первом занятии.

Инновационные формы учебных занятий: При проведении учебных занятий необходимо обеспечить развитие у обучающихся навыков командной работы, межличностной коммуникации, принятия решений, развитие лидерских качеств на основе инновационных (интерактивных) занятий: групповых дискуссий, ролевых игр, тренингов, анализа ситуаций и имитационных моделей, преподавания дисциплин (модулей) в форме курсов, составленных на основе результатов научных исследований,

проводимых Университетом, в том числе с учетом региональных особенностей профессиональной деятельности выпускников и потребностей работодателей) и т.п.

Инновационные образовательные технологии, используемые на лекционных, семинарских (практических) занятиях:

Таблица 7

Вид занятия	Используемые интерактивные образовательные технологии
Л	<p>Мастер-класс по теме «КТ головного мозга».</p> <p>Цель 1. Получение дополнительных сведений о методике КТ.</p> <p>Цель: 2. Обеспечение специалиста современными знаниями о возможностях КТ для осуществления профессиональной деятельности в организациях и учреждениях системы здравоохранения.</p>
Л	<p>Лекция-визуализация с применением презентаций (слайды, фото, рисунки, схемы, таблицы), видеоматериалов по теме «МРТ».</p> <p>Цель: готовность к определению изменений на МРТ и выявление пациентов, нуждающихся в специализированной помощи</p>
СПЗ	<p>Разбор наиболее частых ошибок при интерпретации данных КТ и МРТ.</p> <p>Цель: Развитие у обучающихся клинического мышления.</p>
СПЗ	<p>Решение комплексных ситуативных задач (Case-study).</p> <p>Создание проблемной ситуации на основе фактов из реальной жизни позволяет заинтересовать обучающихся в дисциплине, способствует активному усвоению знаний и навыков сбора, обработки и анализа полученной информации.</p> <p>Цель: совместными усилиями не только проанализировать конкретную предложенную ситуацию, но и совместно выработать алгоритм, приводящий к оптимальному практическому решению.</p>

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ПО ДИСЦИПЛИНЕ (МОДУЛЮ)  
«НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В НЕВРОЛОГИИ»**

Специальность  
**31.08.42 Неврология**

Направленность (профиль) программы  
**Неврология**

Уровень высшего образования  
**подготовка кадров высшей квалификации**

Москва, 2022 г.

# 1. Перечень компетенций, формируемых в процессе изучения дисциплины (модуля)

Таблица 1

Код и наименование компетенции, индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	
<b>УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте</b>		
УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Профессиональные источники информации, в т.ч. базы данных;</li> <li>- Современные классификации заболеваний;</li> <li>- Современные методы диагностики заболеваний;</li> <li>- Методы лечения заболеваний;</li> <li>- Методики сбора, анализа и интерпретации полученных данных.</li> </ul>
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Пользоваться профессиональными источниками информации;</li> <li>- Приобретать систематические знания в области клиники, диагностики, лечения и профилактики заболеваний органов и систем человека;</li> <li>- Анализировать и критически оценивать полученную информацию о здоровье населения;</li> <li>- Планировать диагностическую и лечебную деятельность на основе анализа и интерпретации полученных данных.</li> </ul>
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Навыком использования профессиональных источников информации;</li> <li>- Навыком систематизации знаний в области диагностики состояний и заболеваний органов и систем человека;</li> <li>- Технологией сравнительного анализа, дифференциально-диагностического поиска на основании данных обследования и использования профессиональных источников информации;</li> <li>- Навыком планирования диагностической и лечебной деятельности на основе анализа и интерпретации полученных данных.</li> </ul>
УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Методы и средства решения профессиональных задач;</li> </ul>
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Выбирать методы и средства для решения профессиональных задач;</li> </ul>
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Навыками выбора методов и средств решения профессиональных задач;</li> </ul>
<b>ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</b>		
ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями	Знать	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Основные синдромы неотложных неврологических состояний;</li> <li>- Этиологию, патогенез, клинические особенности коматозных состояний. Методику осмотра больного в коматозном состоянии;</li> <li>- Основные критерии и принципы оценки степени угнетения сознания, типы дыхательных нарушений у неврологических больных;</li> <li>- Особенности коматозных состояний при вторичных метаболических энцефалопатиях и экзогенных интоксикациях. Принципы диагностики;</li> <li>- Клинические и инструментальные признаки вегетативного состояния, диагностические критерии смерти</li> </ul>

		<p>мозга.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Этиологию, патогенез, клинические признаки, принципы диагностики разных вариантов нарушения мозгового кровообращения;</li> <li>– Этиологию, патогенетические механизмы, методы исследования эпилептического статуса;</li> <li>– Дифференциально-диагностические критерии различных пароксизмальных расстройств сознания.</li> <li>– Патогенетические механизмы черепно-мозговой травмы, особенности клинического течения различных форм ЧМТ, принципы диагностики различных форм черепно-мозговой травмы;</li> <li>– Этиологию, патогенез, клинику, диагностику миастенических кризов.</li> <li>– Особо опасные инфекции, при которых возможно развитие ургентных неврологических состояний, принципы диагностики острых инфекционных заболеваний нервной системы;</li> <li>– Этиологию, патогенез, клинику, диагностику неотложных состояний при патологии периферической нервной системы;</li> </ul>
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Собрать жалобы, анамнез жизни у пациентов (их законных представителей) при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы</li> <li>– Оценивать соматический статус пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы (внешний осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, пульса, температуры)</li> <li>– Исследовать неврологический статус пациента в бессознательном состоянии, определить степень угнетения сознания больного, определить тип нарушения дыхания у больного</li> <li>– Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы</li> <li>– Определить показания к переводу пациента в отделение нейрореанимации</li> </ul>
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Навыками исследования и интерпретации неврологического статуса у пациента в тяжелом состоянии:</li> <li>– Навыками выполнения лекарственных проб (прозерина проба)</li> <li>– Навыками постановки диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)</li> </ul>
ОПК-4.2 Направляет пациентов с заболеваниями и (или) состояниями на лабораторные и инструментальные обследования	Знать	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Показания и противопоказания для выполнения инструментальных и лабораторных методов исследования, применяемых у неврологических пациентов;</li> <li>– Набор, последовательность и сроки выполнения необходимых диагностических мероприятий при основных заболеваниях и состояниях нервной системы</li> </ul>
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Определить объём необходимых параклинических и лабораторных исследований в зависимости от заболевания пациента;</li> <li>– Оценить данные параклинических и лабораторных методов исследования, определить показания к нейрореанимации</li> </ul>
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Навыками выполнения люмбальной пункции</li> <li>– Навыками интерпретации данных дополнительных методов исследования</li> <li>– Навыками проведения дифференциальной диагностики неврологической патологии по данным методов диагностики и клинической картины заболевания</li> </ul>
<b>ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях,</b>		

<b>контролировать его эффективность и безопасность</b>		
ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях	Знать	<ul style="list-style-type: none"> <li>– План лечения пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</li> <li>– Показания, противопоказания, лечебные дозы, побочные действия основных лекарственных препаратов, применяемых при заболеваниях и состояниях нервной системы</li> </ul>
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Разрабатывать план лечения пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</li> <li>– Назначать лекарственные препараты пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</li> </ul>
	Владеть	– Навыками составления плана лечения и назначения лекарственных препаратов пациентам при заболеваниях и состояниях нервной системы
ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения	Знать	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Критерии эффективности, назначаемого лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями нервной системы;</li> <li>– Возможные побочные эффекты назначаемых лекарственных препаратов;</li> </ul>
	Уметь	– Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы;
	Владеть	– Навыками оценки эффективности и безопасности проводимой терапии при заболеваниях и состояниях нервной системы
<b>ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</b>		
ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Знать	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Клинические симптомы и синдромы неотложных состояний у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы;</li> <li>– Показания для перевода пациента в отделение нейрореанимации при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы;</li> <li>– Тактику оказания неотложной помощи при острых заболеваниях и (или) состояниях нервной системы</li> </ul>
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Выявлять клинические симптомы и синдромы неотложных состояний у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы;</li> <li>– Определить показания для перевода пациента в отделение нейрореанимации при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы;</li> </ul>
	Владеть	– Навыками оказания неотложной помощи неврологическому больному

## 2. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме экзамена и (или) зачета с

оценкой обучающиеся оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

**Оценка «отлично»** – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

**Оценка «хорошо»** – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

**Оценка «удовлетворительно»** – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

**Оценка «неудовлетворительно»** – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме зачета обучающиеся оцениваются по двухбалльной шкале:

**Оценка «зачтено»** – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: подробно ответил на теоретические вопросы, справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных программой ординатуры, ориентируется в основной и дополнительной литературе, рекомендованной рабочей программой дисциплины (модуля).

**Оценка «не зачтено»** – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: не владеет теоретическим материалом и допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля).

Шкала оценивания (четырёхбалльная или двухбалльная), используемая в рамках текущего контроля успеваемости определяется преподавателем, исходя из целесообразности применения той или иной шкалы.

Если текущий контроль успеваемости и (или) промежуточная аттестация, предусматривает тестовые задания, то перевод результатов тестирования в четырёхбалльную шкалу осуществляется по схеме:

**Оценка «Отлично»** – 90-100% правильных ответов;

**Оценка «Хорошо»** – 80-89% правильных ответов;

**Оценка «Удовлетворительно»** – 71-79% правильных ответов;

**Оценка «Неудовлетворительно»** – 70% и менее правильных ответов.

Перевод результатов тестирования в двухбалльную шкалу:

**Оценка «Зачтено»** – 71-100% правильных ответов;

**Оценка «Не зачтено»** – 70% и менее правильных ответов.

Для промежуточной аттестации, состоящей из двух этапов (тестирование + устное собеседование) оценка складывается по итогам двух пройденных этапов. Обучающийся, получивший положительные оценки за тестовое задание и за собеседование считается аттестованным. Промежуточная аттестация, проходящая в два этапа, как правило, предусмотрена по дисциплинам (модулям), завершающихся экзаменом или зачетом с оценкой.

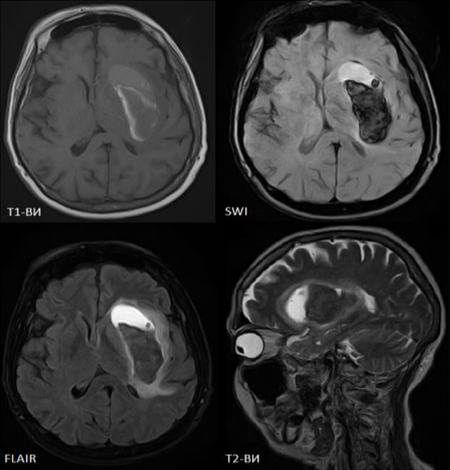
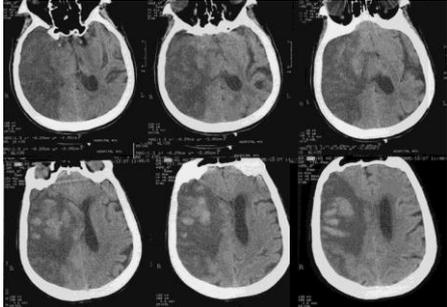
Обучающийся, получивший неудовлетворительную оценку за первый этап (тестовое задание) не допускается ко второму этапу (собеседованию).

### 3. Типовые контрольные задания

**Примерные варианты оценочных заданий для текущего контроля успеваемости**

Таблица 2

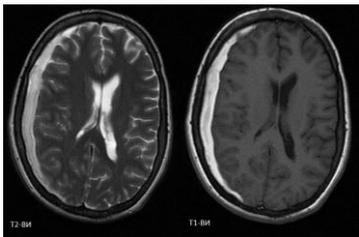
Номер раздела, темы	Наименование разделов, тем	Форма контроля	Оценочное задание	Код индикатора
	<b>Полугодие 1</b>			
<b>Раздел 1</b>	<b>Синдромы неотложных состояний, комы. Смерть мозга</b>	Устный опрос	<b>Вопросы к опросу:</b> 1. Назовите виды и механизмы развития дислокационных синдромов 2. Назовите виды и механизмы отека мозга 3. Виды ком 4. Основные шкалы, применяемые для оценки нарушений сознания и неврологического дефицита 5. Понятия качественного и количественного нарушения сознания 6. Понятие псевдокоматозного состояния 7. Типы нарушения дыхательного ритма в зависимости от уровня поражения головного мозга 8. Различие позно-тонических реакций в зависимости от уровня поражения мозга 9. Дифференциальная диагностика ком в зависимости от этиологии 10. Критерии смерти мозга. Понятие клинической и биологической смерти	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1
Тема 1.1	Общемозговой, менингеальный и очаговый синдромы			
Тема 1.2	Виды нарушения сознания			
Тема 1.3	Коматозные состояния			
Тема 1.4	Критерии смерти мозга			
<b>Раздел 2</b>	<b>Острые нарушения мозгового кровообращения</b>	Ситуационные задачи	<b>Ситуационные задачи:</b> <b>Задача 1</b> Женщина, 60 лет. Внезапно развившиеся речевые нарушения, слабость в правых конечностях. В анамнезе артериальная гипертензия	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-10.2
Тема 2.1	Этиология, патогенез, принципы диагностики и терапии ишемического инсульта;			

Тема 2.2	Этиология, патогенез, принципы диагностики и терапии геморрагического инсульта		<p>более 10 лет, сахарный диабет.  В неврологическом статусе правосторонняя гемиплегия, гемигипестезия, сенсомоторная афазия.  МРТ исследование:</p>	
Тема 2.3	Этиология, патогенез, принципы диагностики и терапии субарахноидального кровоизлияния САК		 <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте топический диагноз</li> <li>2. Сформулируйте клинический диагноз</li> <li>3. Назначьте необходимые дополнительные лабораторные и инструментальные методы диагностики</li> <li>4. Составьте план лечения и назначьте терапию пациентке</li> </ol> <p><b>Задача №2.</b>  Большая К., 64 лет.  Госпитализирована из дома после внезапной утраты сознания.  В анамнезе артериальная гипертензия более 10 лет, мерцательная аритмия.  Неврологический статус: состояние больной крайне тяжелое, с отрицательной динамикой за время наблюдения. Угнетение сознания до уровня комы 3 ст., окулоцефалический рефлекс отрицательный, корнеальные рефлексы резко снижены, фотореакция отсутствует, тетраплегия с низким мышечным тонусом, сухожильные рефлексы низкие с обеих сторон.  КТ головного мозга</p>  <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте топический диагноз</li> <li>2. Сформулируйте клинический</li> </ol>	

			<p>диагноз</p> <p>3. Назначьте необходимые дополнительные лабораторные и инструментальные методы диагностики</p> <p>4. Составьте план лечения и назначьте терапию пациентке</p>	
<b>Раздел 3</b>	<b>Эпилептический статус</b>	Устный опрос	<p><b>Вопросы к опросу:</b></p> <p>1. Назовите формы эпилепсии, при которых возможно развитие эпилептического статуса.</p> <p>2. Дайте понятие противоэпилептической системы мозга.</p> <p>3. Патогенез эпилептического статуса.</p> <p>4. Отличие эпилептического статуса и серии эпилептических приступов.</p> <p>5. Неотложная помощь в случае развития эпилептического приступа.</p> <p>6. ЭЭГ диагностика эпилептического статуса.</p> <p>7. Тактика ведения пациента с эпилептическим приступом.</p> <p>8. Основные препараты, используемые для купирования эпилептического приступа.</p> <p>9. Особенности бессудорожного эпилептического статуса. Роль ЭЭГ диагностики.</p> <p>10. Лечение эпилептического статуса.</p>	<p>УК-1.1</p> <p>УК-1.2</p> <p>ОПК-4.1</p> <p>ОПК-4.2</p> <p>ОПК-5.1</p> <p>ОПК-5.2</p> <p>ОПК-10.2</p>
<b>Раздел 4</b>	<b>Нейроинфекции</b>	Тестирование	<b>Тестовые задания:</b>	<p>УК-1.1</p> <p>УК-1.2</p> <p>ОПК-4.1</p> <p>ОПК-4.2</p> <p>ОПК-5.1</p> <p>ОПК-5.2</p> <p>ОПК-10.2</p>
Тема 4.1	Острые инфекционные энцефалиты		<p>1. Неотложная терапия при нарастающем отеке мозга у больного с менингитом включает назначение:</p> <p>1. Вазоактивных препаратов</p> <p>2. Антигистаминных препаратов</p> <p>3. Укладка пациента строго вертикально на кровати</p> <p>4. Петлевых и осмотических диуретиков</p>	
Тема 4.2	Острые менингиты		<p>2. Экстренная интубация больного с гнойным менингитом показана при всем КРОМЕ:</p> <p>1. некупируемый судорожный статус</p> <p>2. признаки септического шока</p> <p>3. лихорадка выше 39<sup>0</sup></p> <p>4. оценка по ШКГ менее 9</p> <p>3. Какие формы энцефалита относят к первичным?</p> <p>1. Клещевой</p> <p>2. Поствакцинальный</p> <p>3. Японский комариный</p> <p>4. Энцефалит Сент-Луис (американский)</p> <p>5. Коревой энцефалит</p> <p>4. Назовите наиболее грозные осложнения гнойного менингита:</p> <p>1. Острый отек мозга с развитием дислокационного синдрома</p> <p>2. Септический шок</p> <p>3. Желудочно-кишечные</p>	

			<p>расстройства</p> <p>4. Острая надпочечниковая недостаточность (синдром Уотерхауз-Фридрехсена)</p> <p>5. Развитие парезов, параличей</p> <p><b>5.</b> Вторичный гнойный менингит по этиологии чаще всего</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Пневмококковый</li> <li>2. Менингит, вызванный палочкой Пфейффера</li> <li>3. Гриппозный</li> <li>4. Стафилококковый</li> <li>5. Менингококковый</li> </ol> <p><b>6.</b> Первичный гнойный менингит по этиологии</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Пневмококковый</li> <li>2. Менингит, вызванный палочкой Пфейффера</li> <li>3. Гриппозный</li> <li>4. Стафилококковый</li> <li>5. Менингококковый</li> </ol> <p><b>7.</b> Основные противопоказания для проведения люмбальной пункции</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Признаки дислокационного синдрома (анизокория, смещение срединных структур по данным</li> <li>2. Эхо-ЭС)</li> <li>3. Инфекционное поражение кожи и мягких тканей в области предполагаемого прокола</li> <li>4. АД выше 180/100 мм рт ст</li> <li>5. Лихорадка выше 38°C</li> </ol> <p><b>8.</b> К серозным менингитам относят</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Туберкулезный</li> <li>2. Сифилитический</li> <li>3. Менингококковый</li> <li>4. Пневмококковый</li> <li>5. Вирусный</li> </ol> <p><b>9.</b> Для какого осложнения менингита характерно развитие очаговой неврологической симптоматики?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Септический шок</li> <li>2. Острая надпочечниковая недостаточность (синдром Уотерхауз-Фридрехсена)</li> <li>3. Менингоэнцефалит</li> <li>4. Респираторный дистресс-синдром</li> <li>5. Отек легких</li> </ol> <p><b>10.</b> Возбудителями вирусного менингита чаще всего являются</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Вирусы Коксаки и ЕСНО</li> <li>2. Вирус эпидемического паротита</li> <li>3. Менингококк Вейксельбаума</li> <li>4. Staphylococcus epidermidis</li> <li>5. Герпес вирусы</li> </ol>	
<b>Раздел 5</b>	<b>Неотложные состояния при заболеваниях периферической</b>	Устный опрос	<p><b>Вопросы к опросу:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Дифференциальная диагностика острых полинейропатий.</li> </ol>	<p>УК-1.1</p> <p>УК-1.2</p> <p>ОПК-4.1</p>

	<b>нервной системы</b>		<p>2. Патогенез демиелинизирующего поражения.</p> <p>3. Этиология и патогенез синдрома Гийена Барре.</p> <p>4. Клиника синдрома Гийена Барре.</p> <p>5. Дифференциальная диагностика синдрома Гийена Барре.</p> <p>6. Тактика ведения и лечение пациента с синдромом Гийена Барре, неотложная помощь.</p> <p>7. Роль иммуноглобулинов в терапии синдрома Гийена Барре.</p> <p>8. Особенности течения демиелинизирующих заболеваний нервной системы.</p> <p>9. Инструментальные методы обследования для подтверждения диагноза.</p> <p>10. Диагностика синдрома Гийена Барре.</p>	<p>ОПК-4.2</p> <p>ОПК-5.1</p> <p>ОПК-5.2</p> <p>ОПК-10.2</p>
<b>Раздел 6</b>	<b>Ургентные состояния при нервно-мышечной патологии</b>	Ситуационные задачи	<p><b>Ситуационные задачи:</b></p> <p><b>Задача 1</b></p> <p>Женщина 52 года, страдающая миастенией, в связи с нарастанием слабости мышц конечностей без консультации с врачом увеличила дозу калимина с 3-х таблеток до 6-8 таблеток калимина в сутки. На этом фоне появились тошнота, боли в животе и усиленное слюноотделение, выросла слабость в конечностях. Больная возбуждена, тревожна.</p> <p><b>Объективно:</b> Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, гипергидроз. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 32 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 80/40 мм рт. ст., ЧСС 42 уд/ мин. Язык влажный, выраженная гиперсаливация. Живот слегка вздут, мягкий, перистальтика усилена.</p> <p><b>В неврологическом статусе:</b> уровень сознания - оглушение. Зрачки узкие, фотореакция вялая. Нистагма нет. Разностояние глазных яблок по вертикали. Небный и глоточный рефлекс живые. Дисфония, дисфагия. Снижение мышечной силы в руках и ногах до 3 баллов. Сухожильные рефлекс низкие, без четкой разницы сторон. Нарушений чувствительности и координаторных нарушений нет.</p> <p>Вопросы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте клинический диагноз</li> <li>2. Принципы неотложной помощи с учетом клинического диагноза и тяжести состояния пациентки</li> <li>3. Назначьте необходимые дополнительные лабораторные и инструментальные методы диагностики</li> </ol>	<p>УК-1.1</p> <p>УК-1.2</p> <p>ОПК-4.1</p> <p>ОПК-4.2</p> <p>ОПК-5.1</p> <p>ОПК-5.2</p> <p>ОПК-10.2</p>

			<p>4. Какие рекомендации следует дать пациентке при выписке?</p> <p><b>Задача 2</b>          Больная X, 63-х лет, поступила в неврологическое отделение с жалобами на гнусавость голоса, нарушение глотания, слабость жевательной мускулатуры, свисание шеи, опущение век, периодическое двоение, общую слабость.          Анамнез: Считает себя больной около 3-х недель, когда возникли нарушения глотания, повисла шея. Появилось периодическое двоение и опущение век. Госпитализирована в неврологический стационар, на фоне назначения прозерина отмечает временную положительную динамику.          В неврологическом статусе: двусторонний птоз, больше справа, нарушение содружественного движения глазных яблок по горизонтали, двоение. Слабость лицевой мускулатуры (круговая мышца глаза 2,5 балла, круговая мышца рта 3 балла). Сила в мышцах шеи, туловища и конечностей снижена до 4 баллов. Клинически выявляется синдром повышенной мышечной утомляемости. Декремент-тест: - 18% (норма до 10%).          Вопросы          1. Поставьте топический диагноз          2. Сформулируйте клинический диагноз          3. Назначьте необходимые дополнительные лабораторные и инструментальные методы диагностики          4. Составьте план лечения и назначьте терапию пациентке</p>	
Раздел 7	<b>Черепно-мозговая травма</b>	Ситуационные задачи	<p><b>Задача 1.</b>          Женщина, 50 лет. Частые головные боли. Госпитализирована после судорожного приступа с утратой сознания. Две недели до госпитализации поскользнулась и упала на улице. Болела голова, к врачам не обращалась.          При осмотре обращает внимание анизокория S&gt;D, повышение сухожильных рефлексов в правых конечностях.          МРТ головного мозга:</p>  <p>Вопросы:          1. Поставте топический диагноз          2. Сформулируйте клинический диагноз</p>	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-10.2

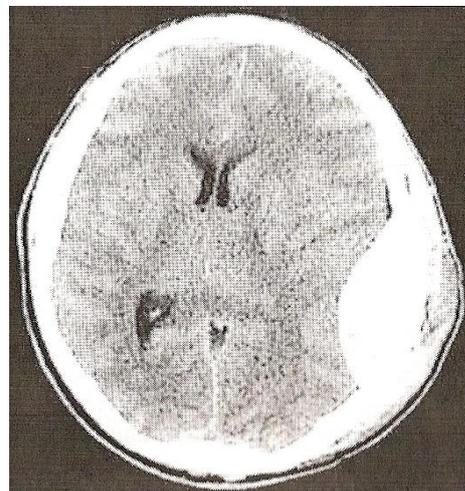
3. Назначьте необходимые дополнительные лабораторные и инструментальные методы диагностики
4. Каковы возможные жизнеугрожающие осложнения данного состояния?
5. Принципы неотложной помощи с учетом клинического диагноза.

**Задача 2**

Больной Р., 49 лет, за 3 часа до госпитализации упал, ударился головой. Отмечалась потеря сознания до 5-8 минут, после чего возникли головная боль, тошнота, однократная рвота. Сразу к врачу не обратился, однако спустя 3 часа состояние ухудшилось, появилась интенсивная головная боль, заторможенность, в связи с чем госпитализирован.

В неврологическом статусе: глубокое оглушение, в процессе диагностических мероприятий нарастает до уровня сопора. Менингеальный синдром (ригидность затылочных мышц, скуловой симптом Бехтерева слева). Анизокория (за счет расширения левого зрачка) со снижением фотореакции. Правосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 4,0-4,5 баллов. Симптом Бабинского справа.

ЭХО-ЭС: MD=76 мм, MS=68 мм, Tr=72 мм. Множество дополнительных ЭХО-сигналов слева. Смещение срединных структур слева направо на 6 мм.



ис. 1. КТ головного мозга, больной Р., 49 лет.

**Контрольные вопросы**

1. Клинический диагноз, как распознать внезапное ухудшение состояния больного?
2. Как объяснить развитие у пациента анизокории?
3. Какими дополнительными методами исследования можно подтвердить характер и локализацию патологического процесса?
4. Какие изменения выявляются по

			данным КТ головного мозга (рис. 1)? 5. Какова тактика неотложной помощи?	
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------	--

### Вопросы для подготовки к промежуточной аттестации зачету.

#### Вопросы к собеседованию:

1. ВЧД. Отек мозга. Типы вклинения.
2. Критерии смерти мозга.
3. Коматозные состояния. Виды ком.
4. Вегетативное состояние.
5. Синдром запертого человека.
6. Виды псевдокоматозных стояний.
7. Определение отека мозга. Типы отека мозга. Диагностика повышения ВЧД, концепция Монро-Келли.
8. ЧМТ. Классификация, клиника.
9. Классификация нарушения сознания. Основные критерии и принципы оценки степени угнетения сознания.
10. Алгоритм диагностики смерти мозга.
11. Методика осмотра пациента в бессознательном состоянии.
12. Базисная и дифференцированная терапия ишемического инсульта.
13. Принципы тромболитической терапии ишемического инсульта.
14. Лечение геморрагического инсульта.
15. Этиология, клиника, диагностика, лечение САК.
16. Классификация эпилептического статуса. Клиника. Принципы неотложной помощи.
17. Терапия эпилептического статуса.
18. Энцефалиты: классификация, клинические синдромы, диагностика.
19. Клещевой энцефалит: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
20. Менингококковый менингит – этиология, эпидемиология, клиника, осложнения.
21. Синдром Гийена-Барре. Принципы неотложной терапии.
22. Миастенические кризы - определение, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
23. Принципы классификации и патогенетические механизмы черепно-мозговой травмы.
24. Принципы дифференциальной диагностики при различных формах черепно-мозговой травмы.
25. Клиника, терапия при различных формах черепно-мозговой травмы.

#### Тестовые задания

Укажите один правильный ответ:

1. Способом неотложной терапии ишемического инсульта в рамках терапевтического окна является:
  1. Гепаринотерапия

2. Вазоактивная терапия
  3. Эндартерэктомия
  4. Тромболитическая терапия
2. При оказании неотложной помощи пациенту с ишемическим инсультом рекомендуется снижать давление:
    1. Ниже 120/80
    2. Не ниже 180/100
    3. Ниже 140/90
    4. Не ниже 220/120
3. Для височно-тенториального вклинения характерно
    1. анизокория на начальном этапе вклинения
    2. развитие инфаркта в среднем мозге
    3. Выпадение окулоцефалического и вестибулоокулярного рефлексов
    4. нарастание степени угнетения сознания
    5. все перечисленное верно
4. Синдром выключения сознания, при котором при сильных повторных стимулах отмечается кратковременное открывание глаз и локализация болевого раздражения
    1. оглушение
    2. делирий
    3. сопор
    4. онейроидный синдром
    5. кома
5. Противопоказанием для определения окулоцефалического рефлекса являются:
    1. катаракта
    2. коматозное состояние
    3. подозрение на перелом шейных позвонков
    4. глаукома
    5. повреждение барабанных перепонки
6. Наиболее тяжелое состояние соответствует по Шкале ком Глазго:
    1. 5 баллам
    2. 1 баллу
    3. 3 баллам
    4. 15 баллам
7. Клиника вегетативного состояния включает все, кроме:
    1. Отсутствие речевой активности, «изменение качества сознания»
    2. Отсутствие целенаправленных движений глазных яблок при наличии спонтанного открывания глаз
    3. Целенаправленные движения глазных яблок, слежение за предметами
    4. Спонтанные скудные движения
    5. Отсутствие защитных движений
8. Диагноз транзиторной ишемической атаки устанавливается при продолжительности очаговой неврологической симптоматики:
    1. более 24 часов

2. менее 24 часов
  3. менее 21 дня
  4. менее 6 часов
9. На каком уровне необходимо поддерживать артериальное давление у больных с ишемическим инсультом с артериальной гипертензией в анамнезе:
1. Не ниже 130/80 мм.рт.ст.
  2. Не ниже 180/100 мм.рт.ст.
  3. Не выше 160/90 мм.рт.ст.
10. Для лакунарного инсульта характерно все, кроме:
1. Чисто двигательный дефицит
  2. Чисто чувствительный дефицит
  3. Гемиплегия, гемианестезия, гемианопсия
11. Для кардиоэмболического варианта ишемического инсульта характерно:
1. Постепенное начало, прогрессивное течение
  2. Внезапное начало, наличие кардиального источника эмболии
  3. Лакуны в глубоких отделах полушарий
  4. Часто геморрагическая трансформация инфаркта на КТ или МРТ
12. Что характерно для инфаркта мозга на компьютерных томограммах:
1. Участок повышенной плотности
  2. Участок пониженной плотности
  3. Изоденсивный участок
13. К патогенетическим вариантам ишемического инсульта относятся все, кроме:
1. Лакунарный инсульт
  2. Атеротромботический инсульт
  3. Вертебробазилярный инсульт
  4. Кардиоэмболический инсульт
14. Какова продолжительность «терапевтического окна» при ишемическом инсульте:
1. 60 минут
  2. 2 часа
  3. 3-6 часов
  4. 6-12 часов
  5. 12-24 часа
15. Методом наиболее ранней диагностики внутримозгового кровоизлияния является:
1. Реовазография
  2. Магнитно-резонансная томография
  3. Компьютерная томография
  4. Люмбальная пункция
  5. Электороэнцефалография
16. Нимодипин при субарахноидальном кровоизлиянии применяют для:
1. Снижения уровня артериального давления
  2. Профилактики спазма церебральных сосудов

3. Профилактики ишемии головного мозга
  4. Разгрузки малого круга кровообращения
17. В случае геморрагического инсульта компьютерная томография диагностирует:
1. Гиперденсивные участки в веществе головного мозга
  2. Гиподенсивные участки в веществе головного мозга
  3. Гиперденсивные участки в субарахноидальном пространстве
  4. Гиподенсивные участки в субарахноидальном пространстве
18. Нормальный ЭЭГ – ритм головного мозга взрослого человека - это:
1. Альфа
  2. Бета
  3. Дельта
  4. Спайк-волна
19. К факторам, провоцирующим эпилептический приступ, относят
1. Стробоскопический световой эффект
  2. Падение артериального давления
  3. Недосыпание
  4. Гиперхолестеринемию
20. Эпилептический статус – это:
1. Серия приступов, между которыми пациент приходит в сознание
  2. Серия приступов, между которыми пациент не приходит в сознание
  3. Не менее пяти парциальных приступов за сутки
  4. Не менее трех генерализованных приступов за сутки
21. Обязательные методы диагностики при эпилепсии:
1. ЭЭГ
  2. МРТ
  3. ЭНМГ
22. Эпилептическую активность по ЭЭГ характеризует:
1. Бета-ритм
  2. Комплекс спайк – волна
  3. Фольфа-ритм
23. Какие симптомы чаще всего встречаются в клинической картине менингитов?
1. Менингеальные (оболочечные)
  2. Общемозговые
  3. Очаговые
  4. Общеинфекционные
24. Назовите наиболее частые и грозные осложнения гнойного менингита:
1. Острый отек мозга с развитием дислокационного синдрома
  2. Септический шок
  3. Желудочно-кишечные расстройства
  4. Острая надпочечниковая недостаточность (синдром Уотерхауз-Фридрехсена)
  5. Развитие парезов, параличей

25. Назовите основные противопоказания для проведения люмбальной пункции:
1. Признаки дислокационного синдрома (анизокория, смещение срединных структур по данным Эхо-ЭС)
  2. Инфекционное поражение кожи и мягких тканей в области предполагаемого прокола
  3. Признаки внутричерепной гипертензии
26. С препаратов какой группы начинают старт-терапию бактериального менингита неустановленной этиологии?
1. Аминогликозиды
  2. Цефалоспорины
  3. Тетрациклины
  4. Сульфаниламиды
27. В лечении синдрома Гийена – Барре применяют:
1. тромболизис
  2. в-интерферон
  3. плазмоферез
  4. иммуноглобулины G
  5. гормональные препараты
28. Признаками холинергического криза НЕ является:
1. Брадикардия
  2. Мидриаз
  3. Миоз
  4. Бронхорея
  5. Диарея
29. При развитии холинергического криза рекомендуется:
1. прозерин
  2. калимин
  3. атропин
  4. амиридин
30. Для бульбарных нарушений при миастении НЕ характерно
1. Нарушения глотания
  2. Нарушение фонации
  3. Сочетание со слабостью жевательных и мимических мышц
  4. Раннее выпадение глоточного рефлекса
31. Миастенический криз это
1. Внезапное утяжеление всех симптомов заболевания
  2. Внезапное падение из-за мышечной слабости
  3. Активация мускариновых рецепторов
  4. Активация никотиновых рецепторов
32. Для лечения миастении используют
1. Неселективные блокаторы Са каналов
  2. Противосудорожные
  3. Антихолинэстеразные

4.       Нейролептики
  
33.       Характерные клинические признаки эпидуральной гематомы:
  1.       нарушение сознания со светлым промежутком после травмы
  2.       перелом свода черепа на стороне гематомы
  3.       гомолатеральный мидриаз
  4.       контралатеральный гемипарез
  5.       брадикардия
  6.       верно всё перечисленное
  
34.       Общемозговые симптомы при черепно-мозговой травме – это:
  1.       клинические признаки поражения ствола мозга
  2.       клинические признаки поражения больших полушарий
  3.       клинические признаки органного поражения головного мозга
  4.       явления нарушения сознания
  5.       симптомы внутричерепной гипертензии
  6.       симптомы внутричерепной гипотензии
  
35.       Для клинической оценки тяжести состояния больных с черепно-мозговой травмой используется:
  1.       шкала комы Глазго
  2.       шкала Оргогозо
  3.       шкала Ханта-Хесса
  4.       шкала Хен-Яра
  5.       шкала UPDRS
  6.       Скандинавская шкала

### **Ситуационные задачи**

#### **Задача № 1**

**Больная П., 73 лет**, поступила в клинику по поводу остро развившихся нарушений речи и неадекватности поведения (суетлива, возбуждена, не понимает обращенную речь).

Накануне госпитализации была найдена родственниками на даче с вышеописанной симптоматикой. В анамнезе у пациентки артериальная гипертензия с подъемами АД до 220/110 мм.рт.ст., ИБС, мерцательная аритмия, недостаточность кровообращения II степени.

При поступлении у больной выявлен пароксизм мерцательной аритмии, ЧСС 120 - 128 в минуту, АД 190/100 мм.рт.ст. Аускультативно на сосудах шеи шумов не выявлено. Больная в сознании, возбуждена. Адекватному речевому контакту не доступна. Обращенную речь не понимает, на вопросы не отвечает, устные инструкции не выполняет, грубое отчуждение смысла слова, вербальные парафазии. Спонтанная речь по типу «словесной крошки». Чтение, письмо, счет в состоянии распада. Скуловой симптом Бехтерева слева. Снижен правый корнеальный рефлекс. Легкий парез мимических мышц по центральному типу справа. Парезов нет. Оживление сухожильных рефлексов справа. Рефлекс Бабинского справа, Россолимо с двух сторон. Выражены рефлексы орального автоматизма (хоботковый, ладонно-подбородочный).

ЭКГ: мерцательная аритмия, ЧСС 120 - 128 в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.

ДС МАГ: признаки грубого атеросклеротического поражения сосудов. Данных застенозы магистральных артерий головы нет.

ЭХО-КГ: тромботическимассивполостиправогопредсердия, дискинезия межжелудочковой перегородки, гипертрофия миокарда левого желудочка

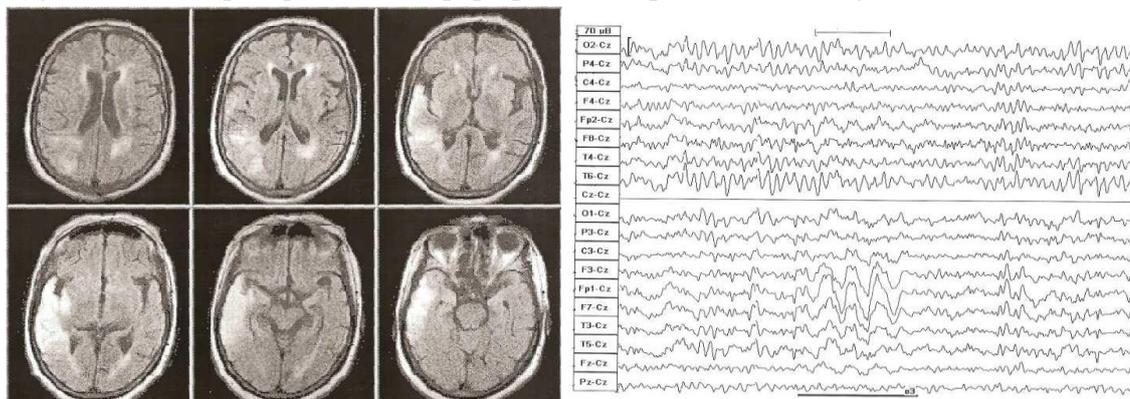


Рис. 1. МРТ (Больная П., 73 года).

Рис. 2. ЭЭГ (Больная П., 73 года).

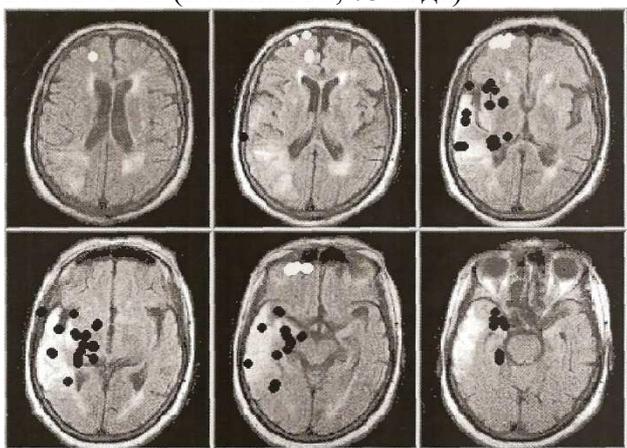


Рис. 3. Данные трёхмерной локализации источников дельта-очага (чёрные точки) и лобных вспышек (белые точки): несовпадение зон генерации (Больная П., 73 года).

### Контрольные вопросы

1. Каков предположительный характер инсульта?
2. Каков патогенетический вариант инсульта?
3. Какова предположительная локализация очага поражения?
4. Какими дополнительными методами исследования можно подтвердить характер, патогенетический вариант и локализацию инсульта?
5. Что выявлено при МРТ головного мозга (Рис. 1)?
6. Какие изменения регистрируются на ЭЭГ (Рис. 2) больного и при трехмерной локализации источников ЭЭГ (Рис. 3)?
7. Сформулируйте клинический диагноз.
8. Принципы оказания неотложной помощи пациентке:

В течении какого времени должна быть выполнена КТ головного мозга.

В течении какого времени должны быть получены основные лабораторные показатели.

В течении какого времени может быть проведена тромболитическая терапия.

Тактика ведения пациентки при проведении тромболитической терапии, кратность

оценки неврологического статуса?

### **Задача №2**

**Больная Л., 68 лет**, поступила в клинику по поводу остро развившейся слабости в левых конечностях. Симптоматика развилась внезапно на фоне повышения АД до 230/120 мм.рт.ст., при «рабочем» 150/90мм.рт.ст. Пациентка длительное время страдала артериальной гипертензией кризового течения, с подъемами АД до 220 - 240/100-120мм.рт.ст. систематически не лечилась. А также инсулин-независимым сахарным диабетом.

При поступлении у больной АД 230/110 мм.рт.ст., пульс 80 в мин., ритм сердца правильный. Аускультативно шумов на артериях шеи не выслушивается. Больная в сознании. Менингеального синдрома нет. Речевых нарушений нет. Левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3-х баллов в руке и легкой пирамидной недостаточностью в ноге, умеренным повышением мышечного тонуса по спастическому типу, сухожильной гиперрефлексией. Нарушений чувствительности и координаторных нарушений нет. Грубые рефлексы орального автоматизма (хоботковый, мандибулярный, ладонно-подбородочный).

Суточное мониторирование АД выявило постоянно повышенное АД с колебаниями в течение суток от 160/90 до 210/120 мм.рт.ст. Максимальное повышение АД зарегистрировано преимущественно в ранние утренние часы.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 80 в мин., признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

ДС МАГ: признаки грубого атеросклеротического поражения сосудов. Данных за стенозы магистральных артерий головы нет.

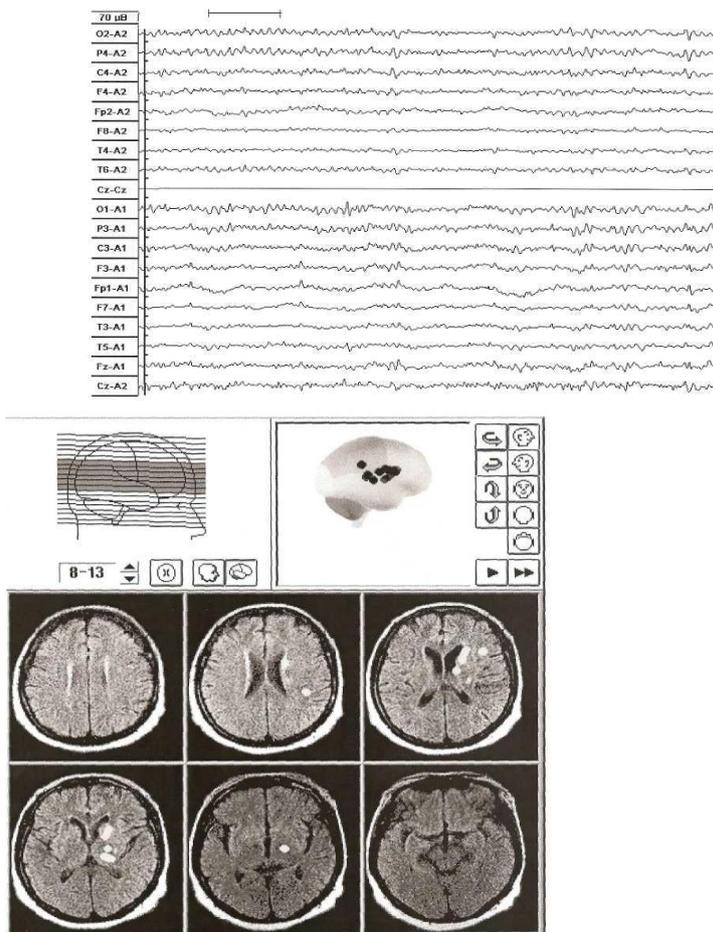


Рис. 2.ЭЭГ (больная Л., 68 лет)

Рис. 2. Трёхмерная локализация источников ЭЭГ , Рис3.МРТ

### Контрольные вопросы

1. Каков предположительный характер инсульта?
2. Каков патогенетический вариант инсульта?
3. Какова предположительная локализация очага поражения?
4. Какими дополнительными методами исследования можно подтвердить характер, патогенетический вариант и локализацию инсульта?
5. Какие изменения выявляются по данным МРТ головного мозга (рис. 1)?
6. Какие изменения биоэлектрической активности головного мозга выявляются на ЭЭГ (рис. 2)?
7. Расшифруйте данные трехмерной локализации источников очаговой активности у больной (рис. 3).
8. Сформулируйте клинический диагноз.
9. Принципы оказания неотложной помощи пациентке:  
 В течении какого времени должна быть выполнена КТ головного мозга  
 В течении какого времени должны быть получены основные лабораторные показатели  
 В течении какого времени может быть проведена тромболитическая терапия  
 Тактика ведения пациентки при проведении тромболитической терапии, кратность оценки неврологического статуса?

### Задача № 3

У больного С., 62 лет, в травматологическом пункте, где ему проводилось снятие гипса по поводу перелома правой пястной кости, остро развились нарушения речи, слабость в правой руке, спустя 20 минут в правой ноге. Двигательные нарушения максимально выросли в течение часа.

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

При поступлении у больного АД 160/90 мм.рт.ст., Ps 76 в мин., ритм сердца правильный. Аускультативно слева над проекцией внутренней сонной артерии выслушивается систолический шум. Снижена пульсация на обеих a. dorsalispedis.

В неврологическом статусе: больной в ясном сознании. Скуловой симптом Бехтерева слева. Спонтанная речь затруднена, малопонятна. Обращенную речь понимает не в полном объеме, выполняет только простые инструкции. Снижен правый корнеальный рефлекс. Парез мимических мышц по центральному типу справа. Язык девирует вправо. Оральная апраксия. Легкий правосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3,5 — 4 баллов. Сухожильная гиперрефлексия справа. Гемигипестезия справа. Координаторных нарушений нет. Вызываются рефлекс орального автоматизма.

Дополнительные методы исследования:

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 76 в мин., диффузные изменения миокарда, признаки гипертрофии левого желудочка.

ДС МАГ: признаки грубого атеросклеротического поражения сосудов. Стеноз левой внутренней сонной артерии до 75%.

ЭХО-КГ: постинфарктные изменения переднебоковой стенки левого желудочка, тромботических масс в полости сердца не определяется.

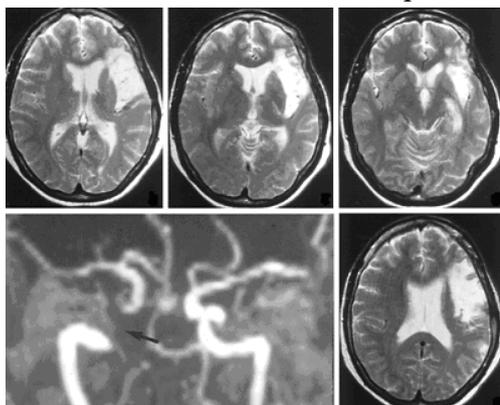
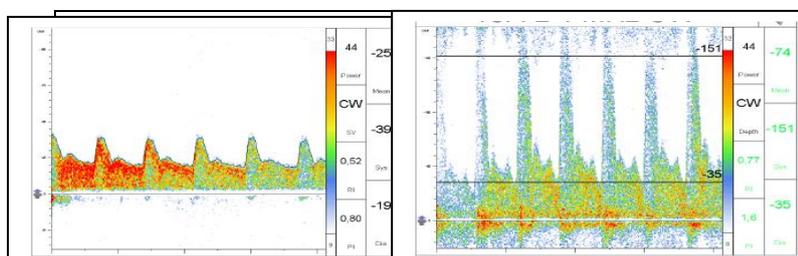
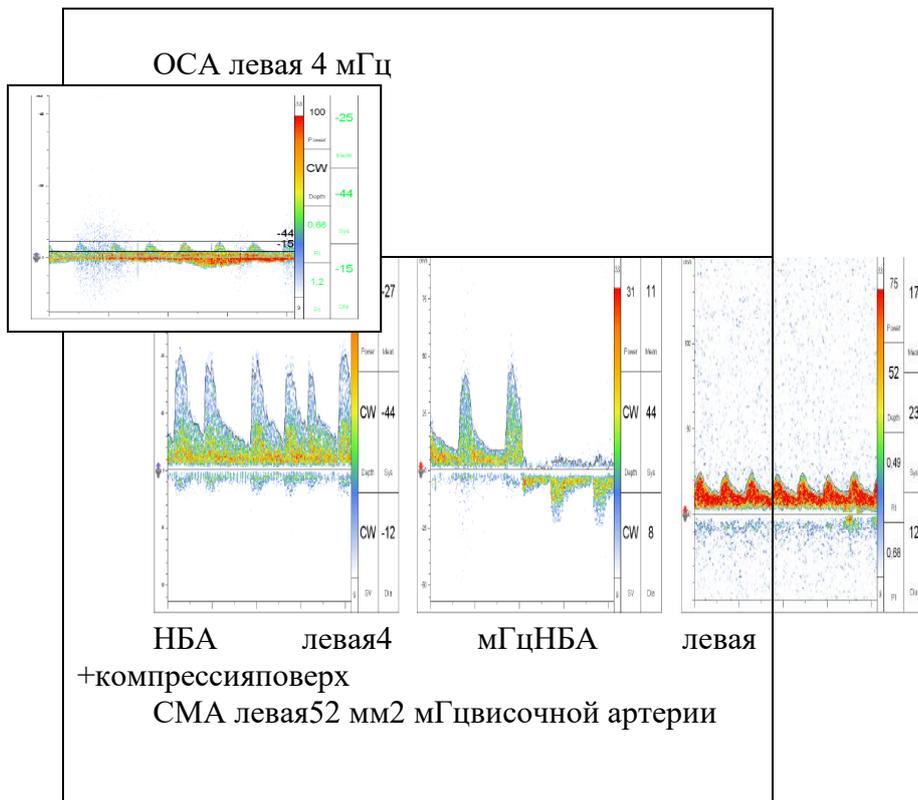


Рисунок 1. Больной С., 62 г. МРТ-исследование: аксиальные T2-взвешенные изображения и магнитно-резонансная ангиография. Стрелкой указан стеноз левой внутренней сонной артерии.





сосуд	Vs	Vm	Vd	RI	PI
Общая сонная артерия, слева	-44	-25	-15	0.66	1.2
Внутренняя сонная артерия, справа	-39	-25	-19	0.52	0.80
Внутренняя сонная артерия, слева	-151	-74	-35	0.77	1.6
Надблоковая артерия, слева	-27	-44	-12		
Средняя мозговая артерия, слева	23	17	12	0.49	0.68

ОСА – резкое снижение кровотока

ВСА – усиление ЛСК свыше 150см/с (поток стеноза)

НБА – ретроградный кровоток, инверсия на антеградный при компрессии поверхностной височной артерии

СМА – дефицит потока

Субтотальный стеноз левой ВСА в области устья свыше 70 %.

Рисунок 2. ТКДГ

### Контрольные вопросы

1. Каков патогенетический вариант инсульта?
2. Какова предположительная локализация очага поражения?
3. Какими дополнительными методами исследования можно подтвердить характер, патогенетический вариант и локализацию инсульта?

4. Какие изменения выявляются на МРТ головного мозга и МР-ангиографии (рис.2)?

5. Сформулируйте клинический диагноз.

6. Принципы оказания неотложной помощи пациентке:

В течении какого времени должна быть выполнена КТ головного мозга

В течении какого времени должны быть получены основные лабораторные

показатели

В течении какого времени может быть проведена тромболитическая терапия

Тактика ведения пациентки при проведении тромболитической терапии, кратность оценки неврологического статуса?

#### Задача № 4

Больной **Р. 43 лет**, поступил в клинику в связи с внезапно развившимися головной болью, слабостью в правых конечностях, спустя несколько минут – утратой сознания.

В анамнезе: артериальная гипертензия с подъемами АД до 200/110 мм.рт.ст. по поводу чего систематически не лечился, хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь.

При поступлении: состояние крайне тяжелое, повышенного питания. Выраженные гиперемия и «сальность» лица, инъекция склер. АД 190/120 мм.рт.ст., Ps 56 в минуту, ритмичный, тоны сердца приглушены. Дыхание с периодами апноэ до 5 – 7' (по типу Чейн-Стокса), ЧДД 32 в минуту.

**Неврологический статус:** сопор, на торможение реагирует гримасой боли. Симптомы Бехтерева, Кернига слева, ригидность затылочных мышц. Анизокория (S>D). Фотореакция вялая. При проведении окулоцефалических проб – ограничение взора вправо. Снижен правый корнеальный рефлекс. Сглажена правая носогубная складка, язык девирует вправо, при дыхании «парусит» правая щека. правая стопа ротирована кнаружи, мышечный тонус и сухожильные рефлексы в правых конечностях снижены. Периодически в ответ на раздражения, иногда спонтанно, возникают экстензорные тонические судороги в конечностях.

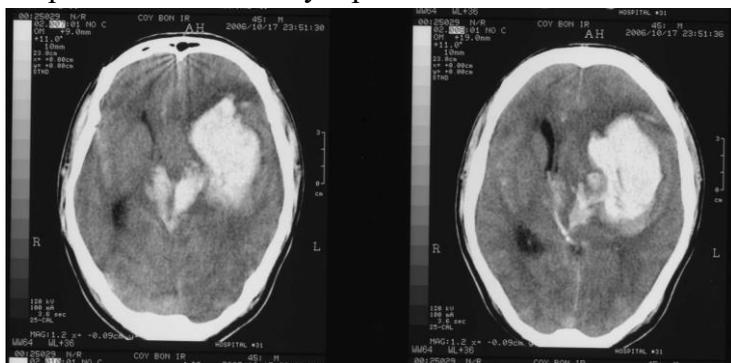


Рис. 1 (Больной Р. 43 лет)

#### Контрольные вопросы

1. Каков предположительный характер инсульта?
2. Какова предположительная локализация гематомы, обоснуйте ответ.
3. Как объяснить экстензорные тонические судороги в конечностях, возникшие у больного?
4. Какими дополнительными методами исследования можно подтвердить характер и локализацию инсульта?
5. Расшифруйте данные МРТ головного мозга (рис. 1).
6. Сформулируйте клинический диагноз.
7. Какова тактика неотложной помощи пациенту? Показана ли консультация нейрохирурга?

#### Задача № 5

Больной **В. 53 лет**, доставлен в клинику машиной скорой помощи в связи с остро развившейся головной болью, головокружением, рвотой, слабостью в левых конечностях.

В анамнезе: артериальная гипертензия с кризовыми подъемами АД до 220/120 мм.рт.ст., головные боли. До настоящего заболевания вел активный образ жизни. Вечером после психоэмоционального напряжения, на фоне подъема артериального давления развилась вышеописанная симптоматика.

При поступлении: Состояние тяжелое. Лицо гиперемировано. АД 220/120 мм.рт.ст., Ps 70 в минуту, ритмичный, ЧДД 18 в минуту.

Неврологический статус: пациент в легком оглушении. Симптом Бехтерева слева, ригидность затылочных мышц, симптом Кернига с двух сторон. Зрачки равны, фотореакция живая. Поворот головы и глазных яблок вправо. Ограничение зрения влево. Снижен левый корнеальный рефлекс. Сглажена левая носогубная складка. Девиация языка влево. Глубокий левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 1-го балла в руке и 2-х баллов в ноге со снижением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, патологическими стопными рефлексами. Снижение всех видов чувствительности слева.

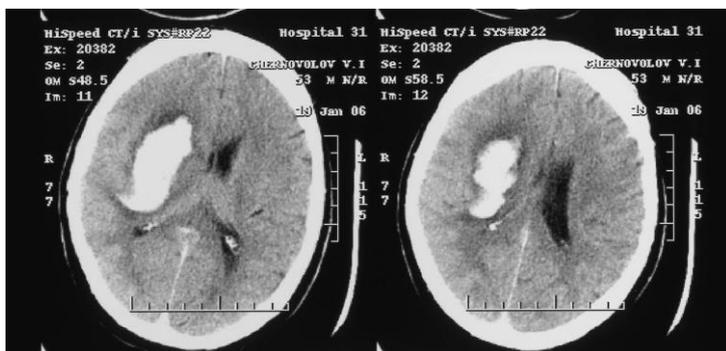


Рис. 1 (Больной В. 53 лет)

### Контрольные вопросы

1. Предположительный характер инсульта?
2. Какова основная причина кровоизлияния у больного?
3. Какими дополнительными методами исследования можно подтвердить характер и локализацию инсульта?
4. Расшифруйте данные МРТ головного мозга (рис. 1).
5. Сформулируйте клинический диагноз.
6. Какова тактика неотложной помощи пациенту? Показана ли консультация нейрохирурга?

### Задача № 6

Больной **Д., 34 лет**, поступил в клинику в связи с внезапно развившимися интенсивной головной болью, повторной рвотой, эпизода утраты сознания с генерализованными тонико-клоническими судорогами.

В анамнезе: До настоящего заболевания был практически здоров, вел активный образ жизни. Периодически отмечал пульсирующие боли в правой половине головы, которые купировал отдыхом или приемом анальгетиков.

При поступлении: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. АД 140/80 мм.рт.ст., пульс 64 в минуту, ритмичный, тоны сердца приглушены. Дыхание шумное, ритмичное, ЧДД 18 в минуту.

Неврологический статус: Возбужден, держится руками за голову. Симптомы Бехтерева и Мондонези с двух сторон, грубая ригидность затылочных мышц, двусторонний симптом Кернига. Зрачки равны, фотореакция сохранна. Глазодвигательных нарушений нет. Корнеальные рефлексы симметричны. Лицо симметрично. Язык по средней линии. Парезов в конечностях нет. Сухожильные рефлексы с рук живые, D=S, коленные рефлексы угнетены. Двусторонний симптом Бабинского.

Анализ спинномозговой жидкости: Спинномозговая жидкость интенсивно окрашена кровью, вытекает под повышенным давлением крупными каплями. После центрифугирования в осадке цитоз 1050/3 преимущественно эритроциты, белок 0,1%.

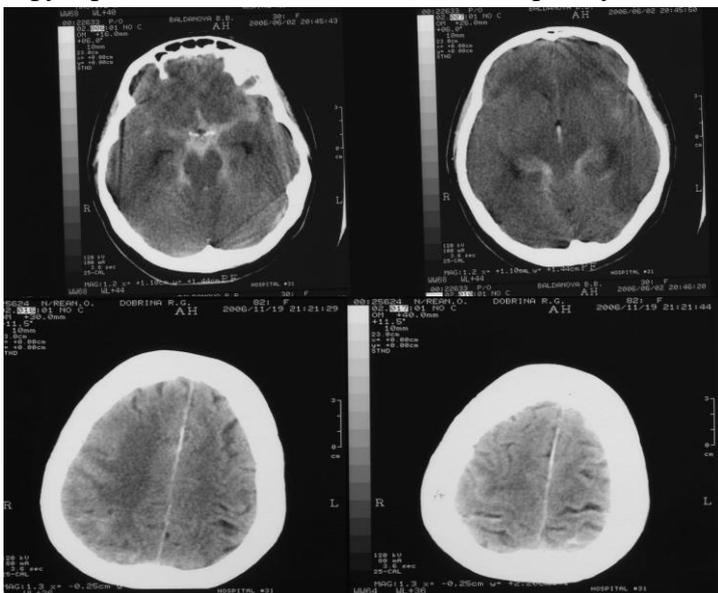


Рис. 1. КТ головного мозга. Больной Д., 34 лет

### Контрольные вопросы

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какова предположительная причина кровоизлияния?
3. Какими дополнительными методами исследования можно подтвердить клинический диагноз и уточнить наличие аневризмы у пациента?
4. Расшифруйте данные МРТ головного мозга (рис. 1).
5. Сформулируйте клинический диагноз.
6. Какова тактика неотложной помощи пациенту?

### Задача № 7

Больной Ж., 25 лет поступил в клинику с жалобами на сильную головную боль, тошноту, повторную рвоту, светобоязнь. Из анамнеза известно, что пациент болен в течение 10 дней. Заболевание сопровождалось назофарингитом. К врачу не обращался, лечился дома. Накануне госпитализации появилась резкая головная боль, тошнота, повторная рвота, повышение температуры тела до 39,5°C.

В неврологическом статусе: положительные симптомы Бехтерева и Мондонези с 2х сторон. Выражена ригидность мышц шеи. Симптом Кернига резко положительный с 2х

сторон.

При люмбальной пункции ликвор мутный, белесый, вытекает под повышенным давлением. Цитоз 15000/3. Содержание глюкозы и белка незначительно снижено. Проба на фибриновую пленку отрицательная. При бактериоскопии обнаружен диплококк.

#### **Вопросы:**

1. Какие симптомы выявлены в неврологическом статусе у пациента?
2. О чем свидетельствуют изменения ликвора?
3. Предположительный диагноз
4. Возможные осложнения заболевания
5. Тактика неотложной помощи пациенту

#### **Задача № 8**

Больная З., 68 лет поступила в клинику с жалобами на головные боли, слабость, утомляемость, потливость, снижение аппетита, периодическое повышение температуры тела до 37,4-37,7° С. Считает себя больной в течение 3 – 4 недель. При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные на ощупь. Кахексия.

В неврологическом статусе: Положительный симптом Кернига с 2 сторон. Умеренная ригидность мышц шеи. При люмбальной пункции: СМЖ опалесцирует. Цитоз 600/3 (преимущественно за счет лимфоцитов). Содержание белка 3г/л., глюкозы – 0,2 л. При отстаивании СМЖ образуется нежная фибриновая пленка.

#### **Вопросы.**

1. О чем говорят изменения в СМЖ?
2. Каков клинический диагноз?
3. Тактика неотложной помощи. Составьте план лечения данного заболевания?

#### **Задача № 9**

Больной Т., 45 лет поступил в клинику с жалобами на головную боль, болезненность при движении глазных яблок, боль в мышцах, сонливость. Около недели назад перенес грипп, через 5 дней после заболевания вновь появилось повышение температуры тела до 38,5, головная боль, рвота, головокружение.

В неврологическом статусе: отмечается умеренный менингеальный синдром, правосторонняя пирамидная недостаточность в виде гемипареза со снижением мышечной силы до 4 баллов. Симптом Бабинского справа.

При люмбальной пункции СМЖ вытекает под повышенным давлением, цитоз 8/3 (лимфоциты). Содержание белка и глюкозы не изменено.

#### **Вопросы.**

1. О каком осложнении гриппа следует думать в данном случае?
2. Какими дополнительными методами можно подтвердить диагноз?
3. Тактика неотложной помощи?
4. Каковы основные направления терапии подобных состояний?

#### **Задача № 10**

Больной Д., 30 лет, спустя две недели после ОРВИ отметил онемение и чувство жжения в стопах, стала нарастать слабость в ногах. Через несколько дней слабость резко усилилась, стал с трудом передвигаться по комнате, отметил слабость в руках, осиплость голоса. Был госпитализирован.

При поступлении общее состояние средней тяжести, телосложение правильное, кожные покровы чистые, отмечается пастозность кистей и стоп. В легких выслушиваются рассеянные влажные хрипы, число дыханий 32 в мин., пульс 84 уд/мин., АД 140/80мм рт.ст.

В неврологическом статусе выявляется тетрапарез с низким мышечным тонусом до 2 баллов в ногах и 3-4 баллов в руках, особенно выраженный в дистальных отделах. Сухожильные рефлексы не вызываются. Гиперестезия на стопах, поверхностная чувствительность снижена по полиневритическому типу.

МРТ: патологических изменений в костях черепа и веществе головного мозга не обнаружено. Имеет место катаральный левосторонний гайморит.

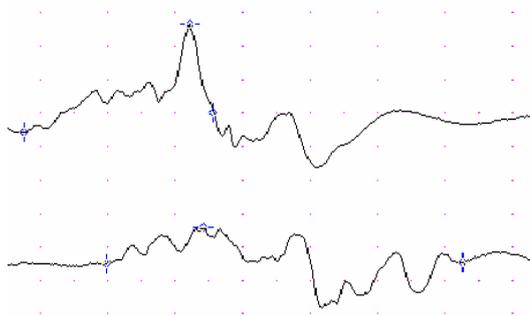


Рис. 1. Стимуляционная ЭНМГ, n. medianus dext. Б-ной Д., 30 лет.

ЭНМГ: выявлены признаки демиелинизирующей полинейроадикулопатии в нервах языка, верхних и, особенно, нижних конечностей, а также признаки невралгической денервации в мышцах кистей и стоп.

### Контрольные вопросы

1. Клинический диагноз?
2. Какие симптомы дали основание для постановки диагноза?
3. Каким методом можно подтвердить диагноз?
4. Тактика неотложной помощи пациенту?
5. Каков прогноз заболевания в данном случае?

### Задача № 11

Больной Л., 41 года, доставлен в стационар после ДТП, в крайне тяжелом состоянии.

Анамнез: сбит машиной, в момент аварии переходил дорогу в неустановленном месте, находясь в состоянии алкогольного опьянения.

При осмотре: множественные ссадины и ушибы на голове. Крепитация костей черепа, выделение кровянистой жидкости из ушей. Повреждений со стороны внутренних органов не выявлено. АД 90/60, пульс 56 уд в мин.

Неврологический статус: Пациент неразбудим, контакту не доступен. Болевое раздражение вызывает лишь беспорядочные, нецеленаправленные движения. Дыхание неравномерное: периоды гипервентиляции, во время которых частота дыхания сначала нарастает, затем убывает, сменяются периодами апноэ. Зрачки средней ширины,

Фотореакции вялые. Легкое расходящееся косоглазие с двух сторон. Мышечный тонус диффузно снижен. Симптом Боголепова слева. Сухожильные рефлексы слева выше, двусторонний симптом Бабинского.

Пациент консультирован нейрохирургом, произведена операция.

В течение трех недель пациент находился в реанимационном отделении на аппарате искусственного дыхания. Затем пациента удалось отлучить от аппарата и перевести на самостоятельное дыхание. У него восстановился ритм смены сна и бодрствования, днем пациент периодически лежит с открытыми глазами, ночью спит. Постепенно пациент начал самостоятельно глотать полужидкую пищу, стало возможно кормление без зонда.

В неврологическом статусе: полное отсутствие контакта с больным, пациент не реагирует ни на какие раздражители, не фиксирует взгляд, полностью отсутствуют признаки познавательной деятельности. Зрачки равны, фотореакции сохранены, окулоцефалические рефлексы сохранены. Глоточный рефлекс вызывается. Спастический тетрапарез. Дальнейшее наблюдение за пациентом не выявляло динамики неврологического и психического статуса.

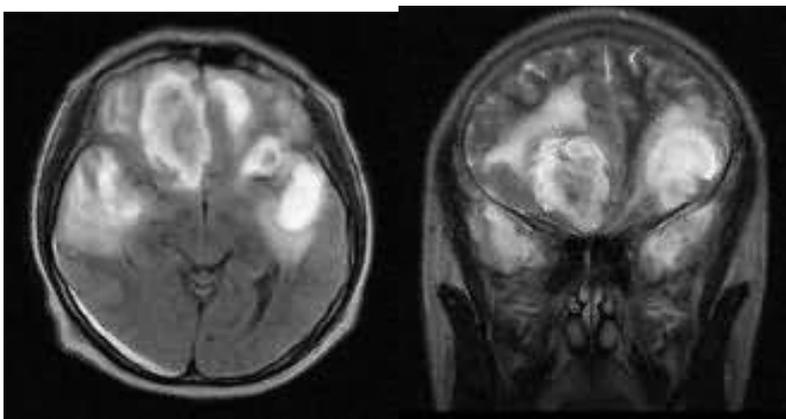


Рис 1. МРТ. Больной Л., 41 год.

Рис. 2. Рентгенография черепа. Больной Л., 41 год.

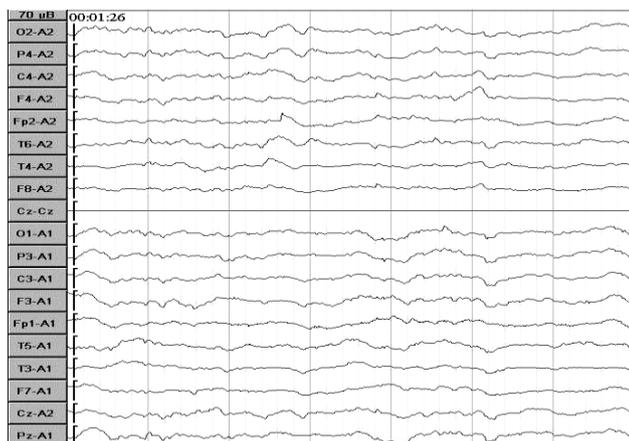


Рис. 3. ЭЭГ. Больной Л., 41 год.

### Контрольные вопросы

1. Характер травмы?
2. Как называется тип дыхания, наблюдавшийся у больного, о поражении каких структур свидетельствует такое дыхание?
3. Какое состояние развилось у пациента в послеоперационном периоде?
4. Каков прогноз такого состояния?
5. Какими дополнительными методами исследования можно подтвердить характер и локализацию патологического процесса?
6. Какие изменения выявляются по данным МРТ головного мозга (рис. 1) и рентгенографии черепа (рис. 2)? Какие изменения выявляются по данным ЭЭГ (рис. 3)?
7. Сформулируйте клинический диагноз.
8. Тактика неотложной помощи?

### 4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю)

Процедура оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю) осуществляется в соответствии с Порядком организации и проведения текущего контроля успеваемости и Порядком проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок.

#### Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине (модулю)

Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине (модулю) осуществляется в ходе контактной работы с преподавателем в рамках аудиторных занятий.

#### Текущий контроль успеваемости в виде устного или письменного опроса

Устный и письменный опрос – наиболее распространенный метод контроля знаний обучающихся.

Устный опрос может проводиться в начале учебного занятия, в таком случае он служит не только целям контроля, но и готовит обучающихся к усвоению нового материала, позволяет увязать изученный материал с тем, с которым они будут знакомиться на этом же или последующих учебных занятиях.

Опрос может быть фронтальный, индивидуальный и комбинированный. Фронтальный опрос проводится в форме беседы преподавателя с группой, с целью вовлечения в активную умственную работу всех обучающихся группы.

Вопросы должны иметь преимущественно поисковый характер, чтобы побуждать обучающихся к самостоятельной мыслительной деятельности.

Индивидуальный опрос предполагает обстоятельные, связные ответы обучающихся на вопрос, относящийся к изучаемому учебному материалу и служит важным учебным средством развития речи, памяти, критического и системного мышления обучающихся.

Заключительная часть устного опроса – подробный анализ ответов обучающихся.

Устный опрос как метод контроля знаний, умений и навыков требует больших затрат времени, кроме того, по одному и тому же вопросу нельзя проверить всех обучающихся. Поэтому в целях рационального использования учебного времени может быть проведен комбинированный, уплотненный опрос, сочетая устный опрос с письменным.

Письменный опрос проводится по тематике прошедших занятий. В ходе выполнения заданий обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, владений, сформированности компетенции дать развернутые ответы на поставленные в задании открытые вопросы и (или) ответить на вопросы закрытого типа в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала.

Вопросы для устного и письменного опроса сопровождаются тщательным всесторонним продумыванием содержания вопросов, задач и примеров, которые будут предложены, поиском путей активизации деятельности всех обучающихся группы в процессе проверки, создания на занятии деловой и доброжелательной обстановки.

Результаты работы обучающихся фиксируются в ходе проведения учебных занятий (активность, полнота ответов, способность поддерживать дискуссию, профессиональный язык и др.).

### **Текущий контроль успеваемости в виде реферата**

Подготовка реферата имеет своей целью показать, что обучающийся имеет необходимую теоретическую и практическую подготовку, умеет аналитически работать с научной литературой, систематизировать материалы и делать обоснованные выводы.

При выборе темы реферата необходимо исходить, прежде всего, из собственных научных интересов.

Реферат должен носить характер творческой самостоятельной работы.

Изложение материала не должно ограничиваться лишь описательным подходом к раскрытию выбранной темы, но также должно отражать авторскую аналитическую оценку состояния проблемы и собственную точку зрения на возможные варианты ее решения.

Обучающийся, имеющий научные публикации может использовать их данные при анализе проблемы.

Реферат включает следующие разделы:

– введение (обоснование выбора темы, ее актуальность, цели и задачи исследования);

– содержание (состоит из 2-3 параграфов, в которых раскрывается суть проблемы, оценка описанных в литературе основных подходов к ее решению, изложение собственного взгляда на проблему и пути ее решения и т.д.);

– заключение (краткая формулировка основных выводов);

– список литературы, использованной в ходе работы над выбранной темой.

Требования к списку литературы:

Список литературы составляется в соответствии с правилами библиографического описания (источники должны быть перечислены в алфавитной последовательности - по первым буквам фамилий авторов или по названиям сборников; необходимо указать место издания, название издательства, год издания). При выполнении работы нужно обязательно использовать книги, статьи, сборники, материалы официальных сайтов Интернет и др. Ссылки на использованные источники, в том числе электронные – обязательны.

Объем работы 15-20 страниц (формат А4) печатного текста (шрифт № 14 Times New Roman, через 1,5 интервала, поля: верхнее и нижнее - 2 см, левое - 2,5 см, правое - 1,5 см).

Текст может быть иллюстрирован таблицами, графиками, диаграммами, причем наиболее ценными из них являются те, что самостоятельно составлены автором.

### **Текущий контроль успеваемости в виде подготовки презентации**

Электронная презентация – электронный документ, представляющий собой набор слайдов, предназначенных для демонстрации проделанной работы. Целью презентации является визуальное представление замысла автора, максимально удобное для восприятия.

Электронная презентация должна показать то, что трудно объяснить на словах.

#### *Примерная схема презентации*

1. Титульный слайд (соответствует титульному листу работы);
2. Цели и задачи работы;
3. Общая часть;
4. Защищаемые положения (для магистерских диссертаций);
5. Основная часть;
6. Выводы;
7. Благодарности (выражается благодарность аудитории за внимание).

#### *Требования к оформлению слайдов*

##### *Титульный слайд*

Презентация начинается со слайда, содержащего название работы (доклада) и имя автора. Эти элементы обычно выделяются более крупным шрифтом, чем основной текст презентации. В качестве фона первого слайда можно использовать рисунок или фотографию, имеющую непосредственное отношение к теме презентации, однако текст поверх такого изображения должен читаться очень легко. Подобное правило соблюдается и для фона остальных слайдов. Тем не менее, монотонный фон или фон в виде мягкого градиента смотрятся на первом слайде тоже вполне эффектно.

##### *Общие требования*

Средний расчет времени, необходимого на презентацию ведется исходя из количества слайдов. Обычно на один слайд необходимо не более двух минут.

Необходимо использовать максимальное пространство экрана (слайда) – например, растянув рисунки.

Дизайн должен быть простым и лаконичным.

Каждый слайд должен иметь заголовок.

Оформление слайда не должно отвлекать внимание от его содержательной части.

Завершать презентацию следует кратким резюме, содержащим ее основные положения, важные данные, прозвучавшие в докладе, и т.д.

#### *Оформление заголовков*

Назначение заголовка – однозначное информирование аудитории о содержании слайда. В заголовке нужно указать основную мысль слайда.

Все заголовки должны быть выполнены в едином стиле (цвет, шрифт, размер, начертание).

Текст заголовков должен быть размером 24 – 36 пунктов.

Точку в конце заголовков не ставить.

Содержание и расположение информационных блоков на слайде

Информационных блоков не должно быть слишком много (3-6).

Рекомендуемый размер одного информационного блока – не более 1/2 размера слайда.

Желательно присутствие на странице блоков с разнотипной информацией (текст, графики, диаграммы, таблицы, рисунки), дополняющей друг друга.

Ключевые слова в информационном блоке необходимо выделить.

Информационные блоки лучше располагать горизонтально, связанные по смыслу блоки – слева направо.

Наиболее важную информацию следует поместить в центр слайда.

Логика предъявления информации на слайдах в презентации должна соответствовать логике ее изложения.

#### *Выбор шрифтов*

Для оформления презентации следует использовать стандартные, широко распространенные шрифты, такие как Arial, Tahoma, Verdana, Times New Roman, Calibri и др.

Размер шрифта для информационного текста — 18-22 пункта. Шрифт менее 16 пунктов плохо читается при проекции на экран, но и чрезмерно крупный размер шрифта затрудняет процесс беглого чтения. При создании слайда необходимо помнить о том, что резкость изображения на большом экране обычно ниже, чем на мониторе. Прописные буквы воспринимаются тяжелее, чем строчные. Жирный шрифт, курсив и прописные буквы используйте только для выделения.

#### *Цветовая гамма и фон*

Слайды могут иметь монотонный фон или фон-градиент.

Для фона желательно использовать цвета пастельных тонов.

Цветовая гамма текста должна состоять не более чем из двух-трех цветов.

Назначив каждому из текстовых элементов свой цвет (например, заголовки - зеленый, текст – черный и т.д.), необходимо следовать такой схеме на всех слайдах.

Необходимо учитывать сочетаемость по цвету фона и текста. Белый текст на черном фоне читается плохо.

#### *Стиль изложения*

Следует использовать минимум текста. Текст не является визуальным средством.

Не стоит стараться разместить на одном слайде как можно больше текста. Чем больше текста на одном слайде вы предложите аудитории, тем с меньшей вероятностью она его прочитает.

Рекомендуется помещать на слайд только один тезис. Распространенная ошибка – представление на слайде более чем одной мысли.

Старайтесь не использовать текст на слайде как часть вашей речи, лучше поместить туда важные тезисы, акцентируя на них внимание в процессе своей речи. Не переписывайте в презентацию свой доклад. Демонстрация презентации на экране – вспомогательный инструмент, иллюстрирующий вашу речь.

Следует сокращать предложения. Чем меньше фраза, тем она быстрее усваивается.

Текст на слайдах лучше форматировать по ширине.

Если возможно, лучше использовать структурные слайды вместо текстовых. В структурном слайде к каждому пункту добавляется значок, блок-схема, рисунок – любой графический элемент, позволяющий лучше запомнить текст.

Следует избегать эффектов анимации текста и графики, за исключением самых простых, например, медленного исчезновения или возникновения полосами, но и они должны применяться в меру. В случае использования анимации целесообразно выводить информацию на слайд постепенно. Слова и картинки должны появляться параллельно «озвучке».

#### *Оформление графической информации, таблиц и формул*

Рисунки, фотографии, диаграммы, таблицы, формулы призваны дополнить текстовую информацию или передать ее в более наглядном виде.

Желательно избегать в презентации рисунков, не несущих смысловой нагрузки, если они не являются частью стилевого оформления.

Цвет графических изображений не должен резко контрастировать с общим стилевым оформлением слайда.

Иллюстрации и таблицы должны иметь заголовки.

Иллюстрации рекомендуется сопровождать пояснительным текстом.

Иллюстрации, таблицы, формулы, позаимствованные из работ, не принадлежащих автору, должны иметь ссылки.

Используя формулы желательно не отображать всю цепочку решения, а оставить общую форму записи и результат. На слайд выносятся только самые главные формулы, величины, значения.

*После создания и оформления презентации необходимо отрепетировать ее показ и свое выступление. Проверить, как будет выглядеть презентация в целом (на экране компьютера или проекционном экране) и сколько времени потребуется на её показ.*

### **Текущий контроль успеваемости в виде тестовых заданий**

Оценка теоретических и практических знаний может быть осуществлена с помощью тестовых заданий. Тестовые задания могут быть представлены в виде:

*Тестов закрытого типа* – задания с выбором правильного ответа.

Задания закрытого типа могут быть представлены в двух вариантах:

– задания, которые имеют один правильный и остальные неправильные ответы (задания с выбором одного правильного ответа);

– задания с выбором нескольких правильных ответов.

*Тестов открытого типа* – задания без готового ответа.

Задания открытого типа могут быть представлены в трех вариантах:

– задания в открытой форме, когда испытуемому во время тестирования ответ необходимо вписать самому, в отведенном для этого месте;

– задания, где элементам одного множества требуется поставить в соответствие элементы другого множества (задания на установление соответствия);

– задания на установление правильной последовательности вычислений, действий, операций, терминов в определениях понятий (задания на установление правильной последовательности).

### **Текущий контроль успеваемости в виде ситуационных задач**

Анализ конкретных ситуаций – один из наиболее эффективных и распространенных методов организации активной познавательной деятельности обучающихся. Метод анализа конкретных ситуаций развивает способность к анализу реальных ситуаций, требующих не всегда стандартных решений. Сталкиваясь с конкретной ситуацией, обучающиеся должны определить: есть ли в ней проблема, в чем она состоит, определить свое отношение к ситуации.

На учебных занятиях, как правило, применяются следующие виды ситуаций:

– Ситуация-проблема – представляет определенное сочетание факторов из реальной профессиональной сферы деятельности. Обучающиеся пытаются найти решение или прийти к выводу о его невозможности.

– Ситуация-оценка – описывает положение, вывод из которого в определенном смысле уже найден. Обучающиеся проводят критический анализ ранее принятых решений, дают мотивированное заключение.

– Ситуация-иллюстрация – поясняет какую-либо сложную процедуру или ситуацию. Ситуация-иллюстрация в меньшей степени стимулирует самостоятельность в рассуждениях, так как это примеры, поясняющие излагаемую суть представленной ситуации. Хотя и по поводу их может быть сформулирован вопрос или согласие, но тогда ситуация-иллюстрация уже переходит в ситуацию-оценку.

– Ситуация-упражнение – предусматривает применение уже принятых ранее положений и предполагает очевидные и бесспорные решения поставленных проблем. Такие ситуации способствуют развитию навыков в обработке или обнаружении данных, относящихся к исследуемой проблеме. Они носят в основном тренировочный характер, в процессе их решения обучающиеся приобретают опыт.

Контроль знаний через анализ конкретных ситуационных задач в сфере профессионально деятельности выстраивается в двух направлениях:

1. Ролевое разыгрывание конкретной ситуации. В таком случае учебное занятие по ее анализу переходит в ролевую игру, так как обучающие заранее изучили ситуацию.

2. Коллективное обсуждение вариантов решения одной и той же ситуации, что существенно углубляет опыт обучающихся, каждый из них имеет возможность ознакомиться с вариантами решения, послушать и взвесить множество их оценок, дополнений, изменений и прийти к собственному решению ситуации.

Метод анализа конкретных ситуаций стимулирует обучающихся к поиску информации в различных источниках, активизирует познавательный интерес, усиливает стремление к приобретению теоретических знаний для получения ответов на поставленные вопросы.

#### *Принципы разработки ситуационных задач*

– ситуационная задача носит ярко выраженный практико-ориентированный характер;

– для ситуационной задачи берутся темы, которые привлекают внимание обучающихся;

– ситуационная задача отражает специфику профессиональной сферы деятельности, который вызовет профессиональный интерес;

– ситуационная задача актуальна и представлена в виде реальной ситуации;

– проблема, которая лежит в основе ситуационной задачи понятна обучающему;

– решение ситуационных задач направлено на выявление уровня знания материала и возможности оптимально применить их в процессе решения задачи.

*Решение ситуационных задач может быть представлено в следующих вариантах*

– решение задач может быть принято устно или письменно, способы задания и решения ситуационных задач могут быть различными;

– предлагается конкретная ситуация, дается несколько вариантов ответов, обучающийся должен выбрать только один – правильный;

– предлагается конкретная ситуация, дается список различных действий, и обучающийся должен выбрать правильные и неправильные ответы из этого списка;

– предлагаются 3-4 варианта правильных действий в конкретной ситуации, обучающийся должен выстроить эти действия по порядку очередности и важности;

– предлагается условие задачи без примеров ответов правильных действий, обучающийся сам ищет выход из сложившейся ситуации.

Применение на учебных занятиях ситуационных задач способствует развитию у обучающихся аналитических способностей, умения находить и эффективно использовать необходимую информации, вырабатывать самостоятельность и инициативность в решениях. Что в свою очередь, обогащает субъектный опыт обучающихся в сфере профессиональной деятельности, способствует формированию компетенций, способности к творческой самостоятельности, повышению познавательной и учебной мотивации.

Оценки текущего контроля успеваемости фиксируются в ведомости текущего контроля успеваемости.

#### **Проведение промежуточной аттестации по дисциплине (модулю)**

Промежуточная аттестация в форме зачета осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в рамках аудиторных занятий, как правило, на последнем практическом (семинарском) занятии.

Промежуточная аттестация в форме экзамена или зачета с оценкой осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в период экзаменационной (зачетно-экзаменационной) сессии, установленной календарным учебным графиком.