

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Астраханский государственный университет имени В. Н. Татищева»
(Астраханский государственный университет им. В. Н. Татищева)

СОГЛАСОВАНО

Руководитель ОПОП

Халифаева О.А.

29.08.2023 г.



УТВЕРЖДАЮ

Заведующий кафедрой психологии

Б.В. Кайгородов

29.08.2023 г.



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
НЕВРОЛОГИЯ

Составитель(-и)

**Нестеров Ю.В., профессор, доктор
биологических наук, профессор**

Направление подготовки / специаль-
ность

37.05.01 КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Направленность (профиль) ОПОП

Квалификация (степень)

клинический психолог

Форма обучения

очная

Год приема

2023

Курс

4

Семестр

7

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1. Целью освоения дисциплины (модуля) «Неврология» является овладение знаниями топической диагностики высших психических функций, заболеваний нервной системы, принципами восстановительного обучения и профилактики когнитивных нарушений в клинике нервных болезней.

1.2. Задачи освоения дисциплины:

- усвоение студентами системы знаний о теоретических основах и источниках неврологии;
- изучить современные данные об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечении и профилактике основных заболеваний нервной системы;
- сформировать умения выявлять симптомы и синдромы неврологических заболеваний;
- познакомиться с принципами дифференциальной диагностики, адекватной и неотложной терапии у больных с неврологическими заболеваниями;

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОПОП ВО

2.1. Учебная дисциплина (модуль) «Неврология» относится к обязательной части учебного плана (Б1. Б 12.05) и осваивается в 7 семестре.

2.2. Для изучения данной учебной дисциплины (модуля) необходимы следующие знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами: *Функциональная анатомия ЦНС, Психофизиология:*

Знания: анатомического строения центральной нервной системы, структурно-функциональной организации головного и спинного мозга на различных их уровнях, локализации основных центров соматических, висцеральных и психофизиологических функций, общих закономерностей и принципов нейронных механизмов психических состояний и процессов, о системном подходе в психофизиологии человека и понимание психофизиологических механизмов, лежащих в основе нормальных функций организма и при пси-хо-соматических и психических изменениях;

Умения: находить и делать анатомическое описание отдельных структур мозга, использовать полученные знания для анализа участия различных нервных образований и структур в регуляции соматических, висцеральных, психических функций, когнитивных процессов, в изменениях функционального состояния организма; использования основных методов анализа психофизиологических механизмов, позволяющих давать общую оценку результатов исследований психофизиологического состояния человека в норме и при изменении функционального состояния.

Навыки: работы с анатомическими атласами, иллюстрациями препаратов, специальной литературой, применения анатомической терминологии, понятиями анатомической номенклатуры и умением топографического описания основных мозговых структур, использования основных методов психофизиологических исследований.

2.3. Последующие учебные дисциплины (модули) и (или) практики, для которых необходимы знания, умения, навыки, формируемые данной учебной дисциплиной:

«Патопсихология с практикумом», «Психофармакология», «Детская нейропсихология», «Клиническая психология в геронтологии и гериатрии».

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование элементов следующих компетенций в соответствии с ФГОС ВО и ОПОП ВО по данной специальности:

ОПК-5 Способен разрабатывать и использовать научно обоснованные программы психологического вмешательства и психологической помощи консультационного, развивающего, коррекционного, психотерапевтического, профилактического или реабилитационного характера для решения конкретной проблемы отдельных лиц и групп населения и (или) организаций, в том

числе лицам с ОВЗ;

ПК-2. Способен к сбору клинико-психологического анамнеза и текущего психологического статуса с использованием диагностических средств клинической психологии для выявления ВКБ и ВКЗ при различных соматических патологиях в процессе лечения, реабилитации и профилактики заболеваний

Таблица 1. Декомпозиция результатов обучения

Код компетенции	Планируемые результаты освоения дисциплины		
	Знать	Уметь	Владеть
ОПК-5 Способен разрабатывать и использовать научно обоснованные программы психологического вмешательства и психологической помощи консультационного, развивающего, коррекционного, психотерапевтического, профилактического или реабилитационного характера для решения конкретной проблемы отдельных лиц и групп населения и (или) организаций, в том числе лицам с ОВЗ;	ИОПК-5.2.1. методики психологического вмешательства и психологической помощи консультационного, развивающего, коррекционного, психотерапевтического профилактического и реабилитационного характера для решения конкретной проблемы отдельных лиц и групп населения и (или) организаций, в том числе лицам с ОВЗ.	ИОПК-5.2.1. Применять методики психологического вмешательства и психологической помощи ИОПК-5.2.2. нести социальную и этическую ответственность за принятые решения.	ИОПК-5.3.1. методикой психологического вмешательства и психологической помощи консультационного, развивающего, коррекционного, психотерапевтического профилактического и реабилитационного характера ИОПК-5.3.2. навыком действий в нестандартных ситуациях
ПК-2 Способен к сбору клинико-психологического анамнеза и текущего психологического статуса с использованием диагностических средств клинической психологии для выявления ВКБ и ВКЗ при различных соматических патологиях в процессе лечения, реабилитации и профилактики заболеваний	ИПК-2.1.1. методики проведения и оценки нейропсихологического статуса при различных соматических патологиях, ИПК-2.1.2. методы лечения, основные принципы реабилитации и профилактики заболеваний	ИПК-2.2.1. Применять методики проведения и оценки нейропсихологического статуса при различных соматических патологиях ИПК-2.2.2. Применять основные принципы реабилитации и профилактики заболеваний	ИПК-2.3.1. методикой проведения и оценки нейропсихологического статуса с использованием диагностических средств клинической психологии для выявления ВКБ и ВКЗ при различных соматических патологиях ИПК-2.3.2. методами реабилитации и профилактики заболеваний

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Объем дисциплины (модуля) составляет 4 зачетные единицы, в том числе 72 часа, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем (из них 18 часов – лекции, 54 часа – практические, семинарские занятия), 72 часа выделены на самостоятельную работу обучающихся.

Таблица 2. Структура и содержание дисциплины

№0 п/п	Наименование раздела (темы)	Семестр	Контактная работа			Самостоят . Работа		Формы текущего контроля успеваемости Форма промежуточной атте- стации
			Л	ПЗ	ЛР	КР	СР	
1	Раздел «Общая неврология»	7	6	12			28	
1.1	Чувствительность и её расстройства	7		2			4	Собеседование, участие в тематических дискуссиях, тестирование
1.2	Организация произвольных движений и их расстройства	7		2			4	Собеседование, участие в тематических дискуссиях. Устный/письменный опрос, ПКЗ
1.3	Синдромы поражения ствола головного мозга	7	2	2			4	Собеседование, участие в тематических дискуссиях. Устный/письменный опрос, ПКЗ
1.4	Поражение оболочек мозга	7		2			2	Собеседование, участие в тематических дискуссиях. Устный/письменный опрос, тестирование
1.5	Экстрапирамидная система и её нарушения		2				4	Собеседование, участие в тематических дискуссиях. устный/письменный опрос, ПКЗ, тестирование
1.6	Вегетативная нервная система и вегетативные нарушения			2			4	Собеседование, участие в тематических дискуссиях. Устный/письменный опрос
1.7	Высшие мозговые функции и их расстройства		2	2			6	Собеседование, реферат, ПКЗ. тестирование
2	Раздел 2 «Частная неврология»	7	12	42			44	
2.1	Острые нарушения мозгового кровообращения	7	2	6			8	Собеседование, участие в тематических дискуссиях. ПКЗ, Написание истории болезни Устный/письменный опрос, Тестирование
2.2	Демиелинизирующие заболевания нервной системы	7	2	6			6	Собеседование, участие в тематических дискуссиях. ПКЗ, Написание истории болезни Устный/письменный опрос, Тестирование
2.3	Заболевания экстрапирамидной системы	7	2	6			8	Собеседование, участие в тематических дискуссиях. ПКЗ, Написание истории болезни Уст-

№0 п/п	Наименование радела (темы)	Семестр	Контактная работа			Самостоят . Работа		Формы текущего контроля успеваемости Форма промежуточной атте- стации
			Л	ПЗ	ЛР	КР	СР	
								ный/письменный опрос, Тестирование
2.4	Инфекционные заболе- вания нервной системы	7	2	6			8	Собеседование, участие в тематических дискуссиях. ПКЗ, Написание истории болезни Уст- ный/письменный опрос, Тестирование
2.5	Пароксизмальные рас- стройства сознания	7	2	6			6	Собеседование, участие в тематических дискуссиях. ПКЗ, Написание истории болезни Уст- ный/письменный опрос, Тестирование
2.6	Заболевания перифери- ческой нервной системы	7	2	6			4	Собеседование, участие в тематических дискуссиях. ПКЗ, Написание истории болезни Уст- ный/письменный опрос, Тестирование
2.7	Неврозы	7		6			4	Собеседование, реферат, Тестирование
	ИТОГО:		18	54			72	ЭКЗАМЕН

Условные обозначения:

Л – занятия лекционного типа; ПЗ – практические занятия, ЛР – лабораторные работы; КР – курсовая работа; СР – самостоятельная работа по отдельным темам

**Таблица 3. Матрица соотнесения тем/разделов
учебной дисциплины/модуля и формируемых в них компетенций**

№	Темы, разделы дисциплины	Кол-во часов	Компетенции		Общее коли- чество ком- петенций
			ОПК-5	ПК-2	
1	Раздел 1 «Общая неврология»				2
1.1.	Чувствительность и её рас- стройства	6		+	1
1.2.	Организация произвольных движений и их расстройства	6	+	+	2
1.3.	Синдромы поражения ствола головного мозга	8	+	+	2
1.4	Поражение оболочек мозга	4		+	1
1.5.	Экстрапирамидная система и её нарушения	6	+	+	2
1.6.	Вегетативная нервная система и вегетативные нарушения	6		+	1
1.7.	Высшие мозговые функции и их расстройства	10		+	1
2	Раздел 2 «Частная неврология»				
2.1	Острые нарушения мозгового кровообращения	16	+	+	2

№	Темы, разделы дисциплины	Кол-во часов	Компетенции		Общее количество компетенций
			ОПК-5	ПК-2	
2.2	Демиелинизирующие заболевания нервной системы	14	+	+	2
2.3	Заболевания экстрапирамидной системы	16	+	+	2
2.4	Инфекционные заболевания нервной системы	16	+	+	2
2.5	Пароксизмальные расстройства сознания	14	+	+	2
2.6	Заболевания периферической нервной системы	12	+	+	2
2.7	Неврозы	10	+	+	2
Итого		144			

Основное содержание разделов дисциплины

Раздел 1. Общая неврология.

Введение в клиническую неврологию. Принципы строения и функции нервной системы. Основные отделы нервной системы. Методология неврологического диагноза: топический и нозологический диагнозы. Чувствительность и ее расстройства. Виды чувствительности, синдромы чувствительных расстройств. Современные представления о механизмах и классификации боли. Методы исследования. Двигательная функция и ее расстройства. Синдромы нарушения произвольных движений (парезы, параличи). Кортико-мышечный путь. Центральный и периферический парез, методы выявления, виды двигательных нарушений при разных уровнях поражения корково-мышечного пути. Синдромы двигательных экстрапирамидных расстройств. Строение и основные связи экстрапирамидной системы, основные нейротрансмиттеры. Методика исследования функции экстрапирамидной системы. Гиперкинезы. Паркинсонизм. Синдромы нарушения координации движений и равновесия. Строение и основные связи мозжечка. Методы исследования координации движений и равновесия. Симптомы и синдромы поражения мозжечка. Виды атаксий. Вегетативная нервная система и ее расстройства. Классификация вегетативных расстройств. Основные вегетативные синдромы: клиника, диагностика. Неврогенные нарушения функций тазовых органов. Синдромы поражения оболочек мозга и патологии cerebrospinalной жидкости. Строение и функции оболочек головного и спинного мозга. Cerebrospinalная жидкость, продукция, циркуляция, резорбция, состав. Ликворные патологические синдромы. Менингеальный, гипертензионный, гидроцефальный синдромы. Синдромы поражения спинного мозга, его корешков и периферических нервов. Симптомы и синдромы поражения серого и белого вещества спинного мозга на различных уровнях, корешков спинного мозга, периферических нервов конечностей. Синдромы поражения черепных нервов и ствола мозга. Синдромы поражения черепных нервов (глазодвигательные расстройства, центральный и периферический прозопарезы, бульбарный и псевдобульбарный параличи), ствола мозга (альтернирующие синдромы). Высшие мозговые функции и их расстройства. Основные принципы строения и функции коры головного мозга, локализации функций в мозге. Высшие психические функции и их расстройства (афазии, апраксии, агнозии, дисмнезия). Синдромы поражения отдельных долей головного мозга. Методика исследования функций коры мозга. Нарушения сознания, бодрствования и сна. Анатомо-физиологические основы регуляции сознания. Формы нарушения сознания. Физиология и патология бодрствования и сна.

Раздел 2. Частная неврология

Сосудистые заболевания мозга. Острые нарушения мозгового кровообращения. Кровооснабжение головного и спинного мозга. Классификация, этиология и патогенез, дифференциальная диагностика и лечение острых нарушений мозгового кровообращения. Методика обследования и лечения больных с ОНМК. Вопросы первичной и вторичной профилактики инсульта. Реабилитация больных, перенесших инсульт, в т.ч. ранние реабилитационные мероприятия. Мультидисциплинарная бригада. Заболевания периферической нервной системы и вертеброгенные неврологические синдромы. Классификация заболеваний периферической нервной системы. Мононевропатии и полиневропатии. Невропатия лицевого нерва, невралгия тройничного нерва, постгерпетическая невралгия. Методы диагностики, лечения и профилактики. Вертеброгенные неврологические синдромы, клиника, диагностика, лечение, профилактика. Острые инфекционные заболевания нервной системы. Менингиты и энцефалиты: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Гнойные и серозные менингиты. Туберкулезный менингит. Клещевой боррелиоз, клещевой энцефалит. Герпетический энцефалит. Параинфекционные энцефалиты (при кори, ветряной оспе, краснухе). Полиомиелит. Хронические инфекционные и демиелинизирующие заболевания нервной системы. Первичные и вторичные поражения нервной системы при ВИЧ-инфекции. Нейросифилис, клиника, диагностика, лечение, профилактика. Рассеянный склероз: патогенез, клиника, диагностика, типы течения, современное лечение обострений и превентивная терапия. Этиопатогенез острой и хронической воспалительной демиелинизирующей полиневропатии, интенсивная терапия, лекарственная терапия и реабилитация. Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные расстройства. Классификация эпилепсии и эпилептических припадков. Этиология, патогенез, клиника, лечение эпилепсии. Эпилептический статус: клиника, патогенез, неотложная помощь. Дифференциальный диагноз эпилепсии. Синкопальные состояния. Нейродегенеративные заболевания. Миастения. Болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, боковой амиотрофический склероз. Эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика. Миастения: патогенез, клиника, диагностика, лечение. Миастенический и холинергический криз, неотложная помощь.

5. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ПРЕПОДАВАНИЮ И ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

5.1. Указания для преподавателей по организации и проведению учебных занятий по дисциплине (модулю)

Основные формы занятий по данной дисциплине являются лекционные и практические (семинарские) занятия.

Лекция представляет собой систематичное, последовательное устное изложение преподавателем определенного раздела учебной дисциплины. Слушание лекции предполагает активную мыслительную деятельность студентов, главная задача которых - понять сущность рассматриваемой темы, уловить логику рассуждений лектора; размышляя вместе с ним, оценить его аргументацию, составить собственное мнение об изучаемых проблемах и соотнести услышанное с тем, что уже изучено. При этом студент должен конспектировать (делать записи) изложенный в лекции материал. Ведение конспектов является творческим процессом и требует определенных умений и навыков. Целесообразно следовать некоторым практическим советам: формулировать мысли кратко и своими словами, записывая только самое существенное; учиться на слух отделять главное от второстепенного; оставлять в тетради поля, которые можно использовать в дальнейшем для уточняющих записей, комментариев, дополнений; постараться выработать свою собственную систему сокращений часто встречающихся слов (это дает возможность меньше писать, больше слушать и думать). Сразу после лекции полезно просмотреть записи и по свежим следам восстановить пропущенное и дописать в конспект. Важно уяснить, что лекция - это не весь материал по изучаемой теме, который дается студентам для его «зубрежки». Прежде всего, это - «путеводитель» студентам в их дальнейшей самостоятельной учебной и научной работе.

Практическое занятие - это особая форма учебно-теоретических занятий, которая, как правило, служит дополнением к лекционному курсу. Его отличительной особенностью является

активное участие самих студентов в объяснении вынесенных на рассмотрение проблем, вопросов. Преподаватель дает возможность студентам свободно высказаться по обсуждаемому вопросу и только помогает им правильно построить обсуждение. Студенты заблаговременно знакомятся с планом занятия и литературой, рекомендуемой для изучения данной темы, чтобы иметь возможность подготовиться. При подготовке к занятию необходимо: проанализировать его тему, подумать о цели и основных проблемах, вынесенных на обсуждение; внимательно прочитать конспект лекции по этой теме; изучить рекомендованную литературу, делая при этом конспект прочитанного или выписки, которые понадобятся при обсуждении на семинаре; постараться сформулировать свое мнение по каждому вопросу и аргументировано его обосновать. Практическое (семинарское) занятие помогает студентам глубоко овладеть предметом, способствует развитию умения самостоятельно работать с учебной литературой и документами, освоению студентами методов научной работы и приобретению навыков научной аргументации, научного мышления. Преподавателю же работа студентов на семинаре позволяет судить о том, насколько успешно они осваивают материал курса.

5.2. Указания для обучающихся по освоению дисциплины (модулю)

Методические рекомендации по организации самостоятельной работы

Самостоятельная работа обучающихся является важнейшей составной частью учебного процесса. Самостоятельная работа представляет собой осознанную познавательную деятельность обучающихся, направленную на решение задач, определенных преподавателем.

В ходе самостоятельной работы обучающийся решает следующие задачи:

- самостоятельно применяет в процессе самообразования учебно-методический комплекс, созданный профессорско-преподавательским составом института в помощь;
- изучает учебную литературу, углубляет и расширяет знания, полученные на лекциях;
- осуществляет поиск ответов на обозначенные преподавателем вопросы и задачи;
- самостоятельно изучает отдельные темы и разделы учебных дисциплин;
- самостоятельно планирует процесс освоения материала в сроки, предусмотренные графиком учебно-экзаменационных сессий на очередной учебный год;
- совершенствует умение анализировать и обобщать полученную информацию;

Самостоятельная работа включает все ее виды, выполняемые в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования (ФГОС) и рабочим учебным планом:

- подготовку к текущим занятиям;
- изучение учебного материала, вынесенного на самостоятельное изучение; кроме того:
- выполнение индивидуальных домашних заданий, рефератов, выполнение других индивидуально полученных заданий или предложенных по личной инициативе обучающегося.

Таблица 4. Содержание самостоятельной работы обучающихся

Номер радела (темы)	Темы/вопросы, выносимые на самостоятельное изучение	Кол- во часов	Формы работы
Раздел «Общая неврология»			
1.1.	Нарушения чувствительности. Центральные и периферические механизмы боли.	4	Подготовка к практическим занятиям
1.2.	Расстройства произвольных движений. Центральный и периферический параличи.	4	Подготовка к практическим занятиям
1.3.	Синдромы поражения ствола головного мозга и черепно-мозговые нервы I-VI пары. Синдромы поражения ствола головного мозга и черепно-мозговые нервы VII - XII пары.	4	Подготовка к практическим занятиям

Номер радела (темы)	Темы/вопросы, выносимые на самостоятельное изучение	Кол- во часов	Формы работы
1.4.	Оболочки мозга, ликвор, Синдромы поражения оболочек мозга. Менингеальный и гипертензионный синдромы.	4	Подготовка к практическим занятиям
1.5.	Функции и строение экстрапирамидной системы. Координация движений и их расстройства.	4	Подготовка к практическим занятиям
1.6.	Вегетативная нервная система. Функции и строение ВНС. Вегетативные нарушения. Синдромы поражения вегетативной нервной системы	4	Подготовка к практическим занятиям
1.7.	Высшие мозговые функции и их расстройства: афазия, апраксия, агнозия, амнезия. Синдромы поражения отдельных долей и полушарий головного мозга.	6	Подготовка к практическим занятиям
Раздел «Частная неврология»			
2.1.	Нарушения мозгового кровообращения, инсульты. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, реабилитация. Дисциркуляторная энцефалопатия. Диагностика, лечение, реабилитация. Нарушение спинального кровообращения. Клиника, диагностика, лечение, вопросы психологической адаптации	6	Подготовка к практическим занятиям
2.2.	Демиелинизирующие заболевания нервной системы. Рассеянный склероз, ОРЭМ. Клиника, диагностика, Лечение	6	Подготовка к практическим занятиям
2.3.	Заболевания экстрапирамидной системы. Болезнь Паркинсона. Синдром паркинсонизма. Мышечные дистонии, хорей, тики. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, современные методы лечения. Гиперкинезы, клиника, диагностика, лечение	6	Подготовка к практическим занятиям
2.4.	Инфекционные заболевания нервной системы. Энцефалиты: клещевой, болезнь Лайма. Менингиты: серозные и гнойные. Полиомиелит. Нейросифилис. Поражение нервной системы при ВИЧинфекции.	6	Подготовка к практическим занятиям
2.5.	Пароксизмальные расстройства сознания: эпилепсия и обмороки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение	6	Подготовка к практическим занятиям
2.6.	Заболевания периферической нервной системы. Вертеброгенные неврологические нару-	6	Подготовка к практическим занятиям

Номер радела (темы)	Темы/вопросы, выносимые на самостоятельное изучение	Кол- во часов	Формы работы
	шения. Рефлекторные и компрессионные синдромы. Клиника, диагностика, лечение.		
2.7.	Неврозы. Клиника, диагностика, лечение.	6	Подготовка к практическим занятиям

1. Методические рекомендации при работе над конспектом во время проведения лекции

В ходе лекционных занятий необходимо вести конспектирование учебного материала. Общие и утвердившиеся в практике правила и приемы конспектирования лекций: Конспектирование лекций ведется в специально отведенной для этого тетради, каждый лист которой должен иметь поля, на которых делаются пометки из рекомендованной литературы, дополняющие материал прослушанной лекции, а также подчеркивающие особую важность тех или иных теоретических положений.

Необходимо записывать тему и план лекций, рекомендуемую литературу к теме. Записи разделов лекции должны иметь заголовки, подзаголовки, красные строки. Для выделения разделов, выводов, определений, основных идей можно использовать цветные карандаши и фломастеры. Названные в лекции ссылки на первоисточники надо пометить на полях, чтобы при самостоятельной работе найти и вписать их. В конспекте дословно записываются определения понятий, категорий и законов. Остальное должно быть записано своими словами. Каждому обучающемуся необходимо выработать и использовать допустимые сокращения наиболее распространенных терминов и понятий. В конспект следует заносить всё, что преподаватель пишет на доске, а также рекомендуемые схемы, таблицы, диаграммы и т.д.

2. Методические рекомендации по подготовке к практическим занятиям

Целью практических занятий является углубление и закрепление теоретических знаний, полученных обучающимися на лекциях и в процессе самостоятельного изучения учебного материала, а, следовательно, формирование у них определенных умений и навыков. В ходе подготовки к семинарскому занятию необходимо прочитать конспект лекции, изучить основную литературу, ознакомиться с дополнительной литературой, выполнить выданные преподавателем задания. При этом учесть рекомендации преподавателя и требования программы. Дорабатывать свой конспект лекции, делая в нем соответствующие записи из литературы. Желательно при подготовке к семинарским занятиям по дисциплине одновременно использовать несколько источников, раскрывающих заданные вопросы.

3. Методические указания по подготовке к контрольным работам

Контрольная работа выполняется в виде небольшой письменной работы, представляющей знания и индивидуальную позицию студента по заданной теме. Содержание ответа должно быть последовательным и аргументированным. Структура ответа, как правило, должна включать в себя следующие смысловые элементы: а) введение или вступление, в котором анализируется значение и место раскрываемого вопроса в учебной дисциплине, а также могут быть определены особенности методики изложения и структуры работы; б) основная часть, посвященная изложению известных студенту сведений по заданному вопросу; в) заключение, в котором подводятся итоги изложенного материала, высказывается индивидуальная позиция студента по заданному вопросу. Вверху первой страницы ответа до начала основного текста размещается информация, содержащая название дисциплины, Ф.И.О. студента, группа, вариант.

4. Методические рекомендации по подготовке и проведению коллоквиума

На коллоквиум выносятся крупные, теоретические вопросы. От студента требуется:

1. владение изученным в ходе учебного процесса материалом, относящимся к

рассматриваемой теме или темам;

2. наличие собственного мнения по обсуждаемым вопросам и умение его аргументировать.

Подготовка к коллоквиуму предполагает несколько этапов:

Подготовка к коллоквиуму начинается с установочной консультации преподавателя, на которой он разъясняет развернутую тематику проблемы, рекомендует литературу для изучения и объясняет процедуру проведения коллоквиума. Как правило, на самостоятельную подготовку к коллоквиуму студенту отводится 3-4 недели. Подготовка включает в себя изучение рекомендованной литературы и (по указанию преподавателя) конспектирование важнейших источников. Коллоквиум проводится в форме индивидуальной беседы преподавателя с каждым студентом или беседы в небольших группах (3-5 человек). Преподаватель задает несколько кратких конкретных вопросов, позволяющих выяснить степень добросовестности работы с литературой, контролирует конспект. По итогам коллоквиума выставляется балл, имеющий больший удельный вес в определении текущей успеваемости студента.

5. Методические рекомендации для подготовки к экзамену.

Экзамен является формой итогового контроля знаний и умений студентов по дисциплине, полученных на лекциях, семинарских занятиях и в процессе самостоятельной работы. В период подготовки к экзамену студенты вновь обращаются к учебно-методическому материалу и закрепляют промежуточные знания. При подготовке к экзамену студентам необходимо использовать материалы лекций, основную и дополнительную литературу. На экзамен выносятся материалы в объеме, предусмотренном рабочей программой учебной дисциплины за семестр. Экзамен принимает преподаватель, читавший учебную дисциплину в данном учебном потоке (группе). За нарушение дисциплины и списывание студенты могут быть удалены с экзамена.

5.3. Виды и формы письменных работ, предусмотренных при освоении дисциплины (модуля), выполняемые обучающимися самостоятельно

Программой дисциплины предусмотрено самостоятельное выполнение письменной работы в виде контрольной работы, выполнения заданий в тестовой форме, написание реферата на предлагаемые темы.

Самостоятельная работа студентов предусматривается объемом 36 часов и организуется в соответствии с используемыми в учебном процессе формами учебных занятий.

В результате самостоятельной работы каждый студент должен написать реферат по выбранной теме. Подготовка реферата подразумевает самостоятельное изучение студентом нескольких литературных источников по определённой теме, не рассматриваемой подробно на лекции, систематизацию материала и краткое его изложение. Цель написания реферата - привитие магистранту навыков краткого и лаконичного представления собранных материалов и фактов в соответствии с требованиями, предъявляемыми к научным отчетам, обзорам и статьям.

Реферат - вид самостоятельной работы студентов с научной и научно-популярной литературой. Студент выбирает наиболее интересную для него тему, и на основе анализа литературы раскрывает ее. Возможна подготовка реферата по теме, не указанной в перечне, но соответствующей содержанию программы.

Объем реферата - 15-20 страниц. Текст оформляется на стандартных листах формата А4, с одной стороны, с обязательной нумерацией страниц. Поля: верхнее и нижнее - 2,5 см; левое - 3 см; правое - 1 см. Реферат сдается в папке. Первая страница не нумеруется, оформляется как титульный лист (пример приводится).

На второй странице располагают план реферата. Пункты плана должны раскрывать основное содержание выбранной проблемы.

С третьей страницы начинается само содержание реферата. Во введении (2-3 страницы) необходимо раскрыть важность и значение проблемы, обосновать, почему выбрали именно эту тему, чем она для Вас интересна, определить цель реферата.

Основная часть (10-15 страниц) дает определение и характеристику проблемы, раскры-

вает основные направления ее развития, разрешения и применения.

В заключении (1-2 страницы) делаются выводы по реферату, выражается свое отношение к проблеме.

На последней странице размещается список использованной литературы. Для написания реферата необходимо использовать не менее 5 источников.

6. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ И ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

6.1. Образовательные технологии

В процессе обучения используются различные образовательные технологии как традиционные (лекции и семинарские занятия), так и инновационные: лекции с элементами проблемного изложения, проблемные семинары, мультимедиа и компьютерные технологии (лекции в форме презентации с использованием мультимедийного оборудования). Методическое обеспечение интерактивных форм проведения занятий находится в составе учебно-методического комплекса дисциплины на кафедре.

Лекционные занятия строятся на диалоговой основе, используются электронные презентации, что способствует активизации внимания студентов и лучшему усвоению изучаемого материала. На семинарских занятиях используются дискуссии по актуальным социальным проблемам, методы проблематизации сознания студентов, направленные на формирование способности видеть, самостоятельно анализировать и находить пути решения социальных проблем.

В учебном процессе используются разнообразные методы организации и осуществления учебно-познавательной деятельности (словесные, наглядные и практические методы передачи информации, проблемные лекции и др.); стимулирования и мотивации учебно-познавательной деятельности (дискуссии и др.); контроля и самоконтроля (индивидуального и фронтального, устного и письменного опроса, коллоквиума, зачета).

Необходимым элементом учебной работы является консультирование студентов по вопросам учебного материала.

Самостоятельная работа студентов включает подготовку к семинарским занятиям, выполнение различных видов заданий, написание докладов, подготовку к текущему и промежуточному контролю.

Учебные занятия по дисциплине могут проводиться с применением информационно-телекоммуникационных сетей при опосредованном (на расстоянии) интерактивном взаимодействии обучающихся и преподавателя в режимах on-line и/или off-line в формах: видеолекций, лекций-презентаций, видеоконференции, собеседования в режиме чат, форума, чата, выполнения виртуальных практических работ и др.

Таблица 5 – Образовательные технологии, используемые при реализации учебных занятий

Раздел дисциплины	Форма учебного занятия		
	Лекции	Практические занятия	Лабораторная работа
Раздел 1. Общая неврология	<i>Лекция-диалог. Информационная лекция- презентация</i>	<i>Тематические дискуссии, Анализ конкретных ситуаций, практические контрольные задания</i>	<i>Не предусмотрено</i>
Раздел 2. Частная неврология	<i>Лекция-диалог, Информационная лекция- презентация</i>	<i>Тематические дискуссии. Фронтальный опрос. Анализ конкретных ситуаций, коллоквиум</i>	<i>Не предусмотрено</i>

6.2. Информационные технологии

Информационные технологии, используемые при реализации различных видов учебной и внеучебной работы:

- использование возможностей Интернета (в том числе - электронной почты преподавателя) в учебном процессе (рассылка заданий, предоставление выполненных работ на проверку, ответы на вопросы, ознакомление учащихся с оценками и т.д.);
- использование электронных учебников и различных информационных сайтов (электронные библиотеки, журналы и т.д.) как источник информации;
- использование средств представления учебной информации (электронных учебных пособий и практикумов, электронных тренажеров, презентаций и т.д.);
- использование интерактивных средств взаимодействия участников образовательного процесса (технологии дистанционного или открытого обучения в глобальной сети: веб-конференции, вебинары, форумы, учебно-методические материалы и др.);
- использование виртуальной обучающей среды (LMS Moodle «Электронное образование»)

6.3. Программное обеспечение, современные профессиональные базы данных и информационные справочные системы

6.3.1. Программное обеспечение

Наименование программного обеспечения	Назначение
Adobe Reader	Программа для просмотра электронных документов
Moodle	Образовательный портал ФГБОУ ВО «АГУ»
Mozilla FireFox	Браузер
Google Chrome	Браузер
7-zip	Архиватор
Microsoft Office 2013, Microsoft Office Project 2013, Microsoft Office Visio 2013	Пакет офисных программ
Microsoft Windows 7 Professional	Операционная система
Kaspersky Endpoint Security	Средство антивирусной защиты

6.3.2. Современные профессиональные базы данных и информационные справочные системы

Универсальная справочно-информационная полнотекстовая база данных периодических изданий ООО «ИБИС»

<http://dlib.eastview.com>

Имя пользователя: AstrGU

Пароль: AstrGU

Электронные версии периодических изданий, размещённые на сайте информационных ресурсов:

www.polpred.com

Электронный каталог Научной библиотеки АГУ на базе MARK SQL НПО «Информ-систем»

<https://library.asu.edu.ru/catalog/>

Электронный каталог «Научные журналы АГУ»

<https://journal.asu.edu.ru/>

Корпоративный проект Ассоциации региональных библиотечных консорциумов (АРБИ-КОН) «Межрегиональная аналитическая роспись статей» (МАРС) - сводная база данных, содержащая полную аналитическую роспись 1800 названий журналов по разным отраслям знаний. Участники проекта предоставляют друг другу электронные копии отсканированных статей из книг, сборников, журналов, содержащихся в фондах их библиотек.

<http://mars.arbicon.ru>

Справочная правовая система КонсультантПлюс.

Содержится огромный массив справочной правовой информации, российское и региональное законодательство, судебную практику, финансовые и кадровые консультации, консультации для бюджетных организаций, комментарии законодательства, формы документов, проекты нормативных правовых актов, международные правовые акты, правовые акты, технические нормы и правила.

<http://www.consultant.ru>

7. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

7.1. Паспорт фонда оценочных средств.

При проведении текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) «Неврология» проверяется сформированность у обучающихся компетенций, указанных в разделе 3 настоящей программы. Этапность формирования данных компетенций в процессе освоения образовательной программы определяется последовательным освоением дисциплин (модулей) и прохождением практик, а в процессе освоения дисциплины (модуля) – последовательным достижением результатов освоения содержательно связанных между собой разделов, тем.

Таблица 6 – Соответствие разделов, тем дисциплины (модуля), результатов обучения по дисциплине (модулю) и оценочных средств

№ п/п	Контролируемые разделы дисциплины (модуля)	Код контролируемой компетенции	Наименование оценочного средства
1	Раздел «Общая неврология»		
1.1.	Чувствительность и её расстройства	ПК-2. ОПК-5.	Собеседование, участие в тематических дискуссиях, тестирование
1.2.	Организация произвольных движений и их расстройства	ПК-2. ОПК-5.	Собеседование, участие в тематических дискуссиях. Устный/письменный опрос, ПКЗ
1.3.	Синдромы поражения ствола головного мозга	ПК-2. ОПК-5.	Собеседование, участие в тематических дискуссиях. Устный/письменный опрос, ПКЗ
1.4.	Поражение оболочек мозга	ПК-2. ОПК-5.	Собеседование, участие в тематических дискуссиях. Устный/письменный опрос, тестирование
1.5.	Экстрапирамидная система и её нарушения	ПК-2. ОПК-5.	Собеседование, участие в тематических дискуссиях. устный/письменный опрос, ПКЗ, тестирование
1.6.	Вегетативная нервная система и вегетативные нарушения	ПК-2. ОПК-5.	Собеседование, участие в тематических дискуссиях. Уст-

№ п/п	Контролируемые разделы дисциплины (модуля)	Код контролируемой компетенции	Наименование оценочного средства
			устный/письменный опрос
1.7.	Высшие мозговые функции и их расстройства	ПК-2, ОПК-5.	Собеседование, реферат, ПКЗ, тестирование
2	Раздел «Частная неврология»		
2.1.	Острые нарушения мозгового кровообращения	ПК-2., ОПК-5.	Собеседование, участие в тематических дискуссиях. ПКЗ, Написание истории болезни Устный/письменный опрос, Тестирование
2.2.	Демиелинизирующие заболевания нервной системы	ПК-2., ОПК-5.	Собеседование, участие в тематических дискуссиях. ПКЗ, Написание истории болезни Устный/письменный опрос, Тестирование
2.3.	Заболевания экстрапирамидной системы	ПК-2., ОПК-5.	Собеседование, участие в тематических дискуссиях. ПКЗ, Написание истории болезни Устный/письменный опрос, Тестирование
2.4.	Инфекционные заболевания нервной системы	ПК-2., ОПК-5.	Собеседование, участие в тематических дискуссиях. ПКЗ, Написание истории болезни Устный/письменный опрос, Тестирование
2.5.	Пароксизмальные расстройства сознания	ПК-2., ОПК-5.	Собеседование, участие в тематических дискуссиях. ПКЗ, Написание истории болезни Устный/письменный опрос, Тестирование
2.6.	Заболевания периферической нервной системы	ПК-2., ОПК-5.	Собеседование, участие в тематических дискуссиях. ПКЗ, Написание истории болезни Устный/письменный опрос, Тестирование
2.7.	Неврозы	ПК-2., ОПК-5.	Собеседование, реферат, Тестирование

7.2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций, описание шкал оценивания

Для оценивания результатов обучения в виде **знаний** используются следующие типы контроля:

- тестирование;
- индивидуальное собеседование,
- письменные ответы на вопросы.

Для оценивания результатов обучения в виде **умений** и **владений** используются следующие типы контроля:

- практические контрольные задания (далее - ПКЗ), включающих одну или несколько задач (вопросов) в виде краткой формулировки действий (комплекса действий), которые следует выполнить, или описание результата, который нужно получить.

Таблица 7 – Показатели оценивания результатов обучения в виде знаний

Шкала оценивания	Критерии оценивания
5 «отлично»	демонстрирует глубокое знание теоретического материала, умение обоснованно излагать свои мысли по обсуждаемым вопросам, способность полно, правильно и аргументированно отвечать на вопросы, приводить примеры
4 «хорошо»	демонстрирует знание теоретического материала, его последовательное изложение, способность приводить примеры, допускает единичные ошибки, исправляемые после замечания преподавателя
3 «удовлетворительно»	демонстрирует неполное, фрагментарное знание теоретического материала, требующее наводящих вопросов преподавателя, допускает существенные ошибки в его изложении, затрудняется в приведении примеров и формулировке выводов
2 «неудовлетворительно»	демонстрирует существенные пробелы в знании теоретического материала, не способен его изложить и ответить на наводящие вопросы преподавателя, не может привести примеры

Таблица 8 – Показатели оценивания результатов обучения в виде умений и владений

Шкала оценивания	Критерии оценивания
5 «отлично»	демонстрирует способность применять знание теоретического материала при выполнении заданий, последовательно и правильно выполняет задания, умеет обоснованно излагать свои мысли и делать необходимые выводы
4 «хорошо»	демонстрирует способность применять знание теоретического материала при выполнении заданий, последовательно и правильно выполняет задания, умеет обоснованно излагать свои мысли и делать необходимые выводы, допускает единичные ошибки, исправляемые после замечания преподавателя
3 «удовлетворительно»	демонстрирует отдельные, несистематизированные навыки, испытывает затруднения и допускает ошибки при выполнении заданий, выполняет задание по подсказке преподавателя, затрудняется в формулировке выводов
2 «неудовлетворительно»	не способен правильно выполнить задания

Оценка ответа обучающегося на вопрос открытого типа осуществляется на основании смыслового значения ответа и логики изложения. Ответ считается верным, если обучающийся раскрыл сущность понятий и иных категорий, указанных в задании (вопросе), без искажения смысла. Дословный ответ не обязателен.

7.3. Контрольные задания и иные материалы, необходимые для оценки результатов обучения по дисциплине

РАЗДЕЛ 1. ЧАСТНАЯ НЕВРОЛОГИЯ

1. Темы докладов:

1. Принципы строения и функции нервной системы. Основные отделы нервной системы.
2. Методология неврологического диагноза: топический и нозологический диагнозы.
3. Чувствительность и ее расстройства. Виды чувствительности, синдромы чувствительных расстройств.
4. Современные представления о механизмах и классификации боли. Методы исследования.

5. Двигательная функция и ее расстройства. Синдромы нарушения произвольных движений (парезы, параличи).

6. Кортико-мышечный путь.

7. Центральный и периферический парез, методы выявления, виды двигательных нарушений при разных уровнях поражения корково-мышечного пути.

8. Синдромы двигательных экстрапирамидных расстройств. Строение и основные связи экстрапирамидной системы, основные нейротрансмиттеры.

9. Вегетативная нервная система и ее расстройства. Классификация вегетативных расстройств.

10. Основные вегетативные синдромы: клиника, диагностика.

11. Синдромы поражения оболочек мозга и патологии cerebrospinalной жидкости.

12. Строение и функции оболочек головного и спинного мозга. Cerebrospinalная жидкость, продукция, циркуляция, резорбция, состав.

13. Синдромы поражения спинного мозга, его корешков и периферических нервов.

14. Симптомы и синдромы поражения серого и белого вещества спинного мозга на различных уровнях, корешков спинного мозга, периферических нервов конечностей.

15. Синдромы поражения черепных нервов и ствола мозга.

16. Синдромы поражения черепных нервов (глазодвигательные расстройства, центральный и периферический прозопарезы, бульбарный и псевдобульбарный параличи), ствола мозга (альтернирующие синдромы).

17. Высшие психические функции и их расстройства (афазии, апраксии, агнозии, дисмнезия).

2. Тестирование.

1. УКАЖИТЕ, ЧЕРЕЗ КАКИЕ ОТДЕЛЫ МОЗГА НЕ ПРОХОДИТ ПИРАМИДНЫЙ ПУТЬ

1. передняя центральная извилина
2. внутренняя капсула
3. зрительный бугор
4. ствол мозга
5. боковой столб спинного мозга

Правильный ответ: 3

2. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛИНЕВРИТИЧЕСКОГО ТИПА РАССТРОЙСТВА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

1. расстройства чувствительности в соответствующих дерматомах
2. анестезия в дистальных отделах конечностей
3. гемигипестезия
4. «диссоциированный» тип расстройства чувствительности
5. моноанестезия

Правильный ответ: 2

3. К РАССТРОЙСТВАМ ОБОНЯНИЯ НЕ ОТНОСЯТ

1. аносмия
2. гипосмия
3. амблиопия
4. обонятельная агнозия
5. гиперосмия

Правильный ответ: 3

4. ВИД АФАЗИИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ ДОМИНАНТНОГО ПОЛУШАРИЯ

- 1) моторная афазия
- 2) сенсорная афазия
- 3) амнестическая афазия
- 4) семантическая афазия
- 5) акустико-мнестическая

Правильный ответ: 2

5. К СИМПТОМАМ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА ОТНОСИТСЯ

- 1) спастический тонус
- 2) гипертония мышц
- 3) повышение сухожильных рефлексов
- 4) патологические рефлексы
- 5) "биоэлектрическое молчание" на ЭМГ

Правильный ответ: 5

6. АТРОФИЯ ОДНОЙ ПОЛОВИНЫ МЫШЦ ЯЗЫКА ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОГО НЕРВА

- 1) V
- 2) VII
- 3) IX
- 4) X
- 5) XII

Правильный ответ: 2

7. ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ДВИГАТЕЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ ПРИ ИНСУЛЬТЕ МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ НА ПОВРЕЖДЕНИЕ

- 1) внутренней капсулы
- 2) мозжечка
- 3) таламуса
- 4) хвостатого ядра
- 5) красного ядра

Правильный ответ: 1

8. ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СЕНСОРНЫЙ ДЕФИЦИТ ПРИ ИНСУЛЬТЕ МОЖЕТ УКАЗЫВАТЬ НА ПОВРЕЖДЕНИЕ

- 1) внутренней капсулы
- 2) зрительного бугра
- 3) гиппокампа
- 4) бледного шара
- 5) моста

Правильный ответ: 2

9. БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ СИНДРОМАМИ

- 1) хореоатетическим
- 2) акинетико-ригидным
- 3) вестибуломозжечковым
- 4) пирамидным
- 5) гиперкинетическим

Правильный ответ: 2

3.ПКЗ. Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1:

Больной В., 72 лет, был обнаружен лежащим на скамье в сквере. Сознание не терял. При осмотре на месте врачом скорой помощи выявлено нарушение движений в правой руке и затруднение речи – произносил отдельные слова, из которых можно понять, что у него внезапно возникло головокружение. Рвоты не отмечалось. Доставлен в приемное отделение. При осмотре: сознание сохранено, но вял, апатичен. В речевой контакт не вступает. На обследование реагирует гримасой неудовольствия. Пульс аритмичный, 104 удара в минуту, тоны сердца глухие, АД 150/100 мм рт.ст. Пульсация магистральных сосудов шеи и головы удовлетворительная. Зрачки одинаковые. Правый угол рта опущен. Язык в полости рта. Выражен хоботковый рефлекс. Левой рукой двигает активно, правая рука неподвижна. Правая стопа повернута кнаружи. Движения правой ноги ограничены. Сухожильные рефлексы справа выше, чем слева. Справа рефлекс Бабинского.

- 1) Выделить клинические синдромы

- 2) Поставить топический диагноз
- 3) Установить предположительный клинический диагноз
- 4) Определить бассейн нарушенного кровоснабжения
- 5) Назначить дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза

Ответ 1: Синдромы очаговой симптоматики в виде: - центрального правостороннего гемипареза преимущественно в руке; - расстройства речи (элементы моторной афазии); - центрального пареза VII ЧМН справа.

Ответ 2: Поражен лучистый венец левого полушария головного мозга

Ответ 3: Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу

Ответ 4: Бассейн левой средней мозговой артерии

Ответ 5: В первые часы – КТ головного мозга, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, исследование холестерина и его фракций, сахар, фибриноген, протромбин

Ситуационная задача №2:

Больной В., 37 лет, жалуется на стреляющие боли по задней поверхности правой ноги до пятки и V пальца, которые появились после подъема тяжести. Вначале боль была тупой, ноющей, но постепенно выросла до максимальной интенсивности. Боль усиливается при движении, натуживании, длительном пребывании в одной позе, кашле, чихании и ослабевает в покое, если больной лежит на здоровом боку, согнув больную ногу в коленном и тазобедренном суставе. Объективно: спина фиксирована в слегка согнутом положении. Выявляется сколиоз в здоровую сторону, усиливающийся при наклоне кпереди. Наклон резко ограничен и осуществляется лишь за счёт тазобедренного сустава. Определяется напряжение паравертебральных мышц, болевая гипестезия по наружной поверхности стопы и подошвы. Ахиллов рефлекс отсутствует. Слабость при подошвенном сгибании большого пальца. Положительный симптом Ласега под углом 30-40°.

- 1) Выделить клинические синдромы
- 2) Поставить топический диагноз
- 3) Поставить клинический диагноз
- 4) Назначить дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза
- 5) Назначить лечение и определить методы вторичной профилактики

Ответ 1: Корешковый синдром

Ответ 2: Поражен корешок S1

Ответ 3: остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника с компрессионным корешковым синдромом S1, латеральная грыжа диска L5-S1

Ответ 4: МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника

Ответ 5: Лечение: постельный режим несколько дней, анальгетики, новокаиновые блокады и НПВП: кетонал – 100мг в/м 1-2 раза в день или диклофенак 3,0 в/м 1 раз в день (инъекции несколько дней, затем в таблетках); миодокалм 150 мг 3 раза в день, сосудистая терапия трентал 100-300мг в/в или регос 400мг 3 раза в день, физиолечение – диадинамические токи. Для профилактики обострений остеохондроза: избегать провоцирующих факторов (подъём тяжестей, ношение тяжелой сумки в одной руке, переохлаждений) регулярно заниматься ЛФК

Ситуационная задача №3:

Больной М., 38 лет, поступил в отделение с жалобами на головную боль и боли в мышцах, повышение температуры до 37,5°, общую слабость, недомогание. Эти симптомы появились после укуса клеща в правой подлопаточной области. В течение первой недели на месте присасывания клеща, имевшая место гиперемия, увеличилась с 1,5см до 12×20см. При осмотре неврологической и кардиальной патологии не выявлено. В подлопаточной области справа имеется кольцевидная эритема размером 14×26см. В правой подмышечной области пальпируется безболезненный лимфоузел 1х1,5см. Печень увеличена до 1,5см.

- 1) Выделить клинические синдромы
- 2) Поставить топический диагноз
- 3) Поставить клинический диагноз

4) Назначить дополнительные методы обследования

5) Назначить лечение и определить методы профилактики

Ответ 1: - инфекционный синдром с болями в мышцах, развившийся через 3 дня после укуса клеща; - синдром кольцевидной эритемы

Ответ 2: Поражение кожи в виде кольцевидной эритемы

Ответ 3: Клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), стадия мигрирующей эритемы

Ответ 4: ИФА и ПЦР в сыворотке крови, а при необходимости и в ликворе

Ответ 5: Лечение: доксициклин –100 мг 2 раза в день per os 14 дней; витамины B1, B6, B12 – в/м. По причине отсутствия мер специфической профилактики сделать акцент на применении репеллентов и ношении защитной одежды

Ситуационная задача №4:

Больную И., 82 лет беспокоит дрожание рук, умеренно затрудняющее самообслуживание и письмо, которое усиливается при движении и уменьшается в покое, а также дрожание головы по типу «нет-нет». Впервые отметила дрожание рук лет 12 назад на фоне стресса. Дрожание симметричное, медленно прогрессирует. У матери и бабушки больной был тремор подобного характера. В неврологическом статусе: зрачки D=S, легкая слабость конвергенции. Легкая асимметрия правой носогубной складки. Мышечная сила и тонус в конечностях сохранены. Сухожильные рефлексы высокие, без четкой разницы. Патологических рефлексов нет. Определяется постурально-кинетический, высокочастотный, мелкоамплитудный тремор пальцев рук, умеренно затрудняющий самообслуживание. В позе Ромберга – легкая неустойчивость. Ходьба с элементами атаксии. Гипокинезии нет.

1) Выделить клинические синдромы

2) Поставить топический диагноз

3) Поставить клинический диагноз

4) Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить диагноз

5) Назначить лечение, указать препараты каких групп рационально использовать в терапии данного заболевания

Ответ 1: Синдром постурально-кинетического тремора

Ответ 2: Экстрапирамидная система

Ответ 3: Эссенциальный тремор, умеренно прогрессирующее течение

Ответ 4: Диагностика осуществляется по клинической симптоматике и наследственно отягощенному анамнезу

Ответ 5: Терапия ЭТ средней степени тяжести симптоматическая и проводится по желанию больного. Рационально применение бета-блокаторов: пропранолол 60 мг/сут., карведилол 12,5-25 мг/сут., при их неэффективности антиконвульсант клоназепам 2-6 мг/сут.

Ситуационная задача №5:

У больного А., 35 лет, после стресса, появились приступы сердцебиения, головной боли, повышения АД до 170 мм рт.ст., повышенной потливости, ознобоподобного дрожания, повышения температуры тела, с выраженным чувством страха и тревоги. В конце приступа наблюдается обильное мочеиспускание. Сознание больного не нарушается. Продолжительность приступа от 40 минут до часа. В неврологическом статусе: органическая симптоматика отсутствует. Выражены вегетативные нарушения: зрачки широкие D=S, белый возвышенный дермографизм, выражен общий гипергидроз, тремор век и пальцев рук.

1) Выделить клинические синдромы

2) Поставить топический диагноз

3) Поставить клинический диагноз

4) Назначить дополнительные методы обследования

5) Назначить лечение

Ответ 1: Синдром панических атак

Ответ 2: Поражен гипоталамус

Ответ 3: Психовегетативный синдром, вероятно невротического генеза с паническими атаками

Ответ 4: ЭКГ, ФГС, УЗИ внутренних органов для исключения соматической патологии

Ответ 5: При кризе препаратами выбора являются транквилизаторы из группы бензодиазепина Sol. Seduxeni 10 мг в/м, в/в, в межприступном периоде антидепрессанты: паксил 20 мг/сут, стимулотон 50 мг/сут, велафакс 75 мг/сут. и др. 4-6 мес.

4.Рефераты.

Темы:

1. Синдромы двигательных экстрапирамидных расстройств.
2. Строение и основные связи экстрапирамидной системы, основные нейротрансмиттеры.
3. Методика исследования функции экстрапирамидной системы.
4. Гиперкинезы. Паркинсонизм.
5. Синдромы нарушения координации движений и равновесия.
6. Строение и основные связи мозжечка.
7. Методы исследования координации движений и равновесия. Симптомы и синдромы поражения мозжечка.
8. Виды атаксий.
8. Ликворные патологические синдромы.
9. Менингеальный, гипертензионный, гидроцефальный синдромы.
10. Синдромы поражения отдельных долей головного мозга.
11. Методика исследования функций коры мозга.
12. Нарушения сознания, бодрствования и сна.
13. Анатомо-физиологические основы регуляции сознания.
14. Формы нарушения сознания. Физиология и патология бодрствования и сна.

РАЗДЕЛ 2. ЧАСТНАЯ НЕВРОЛОГИЯ

1. Темы докладов.

1. Сосудистые заболевания мозга. Острые нарушения мозгового кровообращения.
2. Вопросы первичной и вторичной профилактики инсульта.
3. Реабилитация больных, перенесших инсульт, в т.ч. ранние реабилитационные мероприятия. Мультидисциплинарная бригада.
4. Заболевания периферической нервной системы и вертеброгенные неврологические синдромы.
5. Классификация заболеваний периферической нервной системы.
6. Вертеброгенные неврологические синдромы, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
7. Острые инфекционные заболевания нервной системы.
8. Менингиты и энцефалиты: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.. X
9. Хронические инфекционные и демиелинизирующие заболевания нервной системы.
10. Рассеянный склероз: патогенез, клиника, диагностика, типы течения, современное лечение обострений и превентивная терапия.
11. Этиопатогенез острой и хронической воспалительной демиелинизирующей полиневропатии, интенсивная терапия, лекарственная терапия и реабилитация.
12. Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные расстройства. Классификация эпилепсии и эпилептических припадков.
13. Этиология, патогенез, клиника, лечение эпилепсии.
14. Эпилептический статус: клиника, патогенез, неотложная помощь.
15. Дифференциальный диагноз эпилепсии.
16. Синкопальные состояния.
17. Нейродегенеративные заболевания.
18. Миастения.

19. Болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, боковой амиотрофический склероз.
20. Эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
21. Миастения: патогенез, клиника, диагностика, лечение.
22. Миастенический и холинергический криз, неотложная помощь.

2. Рефераты.

1. Кровоснабжение головного и спинного мозга.
2. Классификация, этиология и патогенез, дифференциальная диагностика и лечение острых нарушений мозгового кровообращения.
3. Методика обследования и лечения больных с ОНМК.
4. Мононевропатии и полиневропатии.
5. Невропатия лицевого нерва, невралгия тройничного нерва, постгерпетическая невралгия. Методы диагностики, лечения и профилактики.
6. Гнойные и серозные менингиты. Туберкулезный менингит.
7. Клещевой боррелиоз, клещевой энцефалит.
8. Герпетический энцефалит.
9. Параинфекционные энцефалиты (при кори, ветряной оспе, краснухе).
9. Полиомиелит.
10. Первичные и вторичные поражения нервной системы при ВИЧ-инфекции.
11. Нейросифилис, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

3. ПКЗ. Ситуационные задачи.

У пациента 69 лет, страдающего гипертонической болезнью, внезапно, после сна, возникла слепота на левый глаз и слабость в правых конечностях.

Задания:

- 1) Назовите синдромальный диагноз.
- 2) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

Пациентка 72 лет, страдает артериальной гипертензией, постоянную гипотензивную терапию не принимает. Сегодня утром появились неловкость и онемение в правой верхней конечности, асимметрия лица (опущение правого угла рта).

Задания:

- 1) Назовите синдромальный диагноз.
- 2) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

У мужчины 60 лет с длительным стажем курения и гипертонической болезни, утром после сна появилось онемение и слабость в левой нижней конечности. К вечеру слабость в ноге усилилась и постепенно присоединилась неловкость в проксимальном отделе левой верхней конечности. Задания:

- 1) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.

Женщина 47 лет, работающая в регистратуре районной поликлиники, страдает кардиомиопатией ревматического генеза, постоянной формой фибрилляции предсердий. Во время работы, упала из-за внезапно развившейся слабости в левых конечностях. Осмотревший ее врач невролог поликлиники выявил левосторонний гемипарез, левостороннюю гемигипестезию и гемианопсию.

Задания:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предположительный клинический диагноз
- 3) Требуется ли госпитализация?
- 4) Какие обследования необходимо провести в стационаре?
- 5) Тактика лечения?
- 6) Принципы вторичной профилактики инсульта и профилактики инвалидизации?
- 7) Требуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

55-ти летний мужчина страдает гипертонической болезнью. Регулярно принимает препарат из группы ингибиторов АПФ (каптоприл 25 мг в сутки). Получил телеграмму о смерти близкого родственника, и почувствовал себя плохо: появилось головокружение, головная боль, повторная рвота. Вызвал участкового врача. При осмотре: сознание сохранено, очаговых симптомов поражения нервной системы нет. Артериальное давление 210/130 мм. рт. ст., пульс 96 ударов в минуту.

Задания:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз
- 2) Требуется ли госпитализация?
- 3) Нужна ли коррекция терапии? Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 4) Показано ли санаторно-курортное лечение?
- 5) Требуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

Мужчина 68 лет страдает гипертонической болезнью в течение 15 лет. После получения информации из отдела кадров об увольнении потерял сознание, упал. При осмотре в стационаре через 40 минут выявлено: кома I, лицо багрового цвета, пульс 56 ударов в минуту, АД 220/120 мм. рт. ст., дыхание хриплое, левая щека «парусит» при дыхании, активных движений в левых конечностях нет, симптом Бабинского слева. Задания: 1) Поставьте топический диагноз? 2) Поставьте предположительный клинический диагноз? 3) Какие обследования необходимо провести в стационаре? 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать? 5) Основные реабилитационные мероприятия? Профилактика инвалидизации? 6) Возможные осложнения и исходы заболевания?

Больная 67 лет, страдает стенокардией напряжения, II ф.кл, 3 года назад перенесла инфаркт миокарда. Во время разговора по телефону начал «заплетаться» язык, выронила трубку из правой руки. При осмотре врача специализированной неврологической бригады скорой помощи: АД -140/80 мм Hg, фибрилляция предсердий 120 ударов в минуту. Неврологически: сглажена правая носогубная складка, язык девирует вправо, парез правой руки до 3х баллов, глубокие рефлексy D>S, симптом Бабинского справа. Задание: 1) Поставьте предположительный клинический диагноз? 2) Нужна ли госпитализация? 3) Какие обследования необходимо провести в стационаре?

Женщина 20 лет, обратилась к врачу общей практики в связи с тем, что у нее несколько раз в год бывают приступы интенсивной пульсирующей боли, обычно в левой половине головы. Пациентка заметила, что довольно часто приступ возникал после употребления красного вина. Приступу предшествует нарушение зрения в виде выпадения правых половин поля зрения. Головная боль сопровождается тошнотой, иногда рвотой, анальгетиками купируется плохо. Обычно приступ продолжается несколько часов. Задания: 1) Предположительный клинический диагноз. 2) Требуется ли срочная госпитализация? 3) Консультации, каких специалистов необходимо назначить? 4) Дифференциальный диагноз, с какими заболеваниями необходимо провести? 5) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? 6) Назначьте лечение. 7) Какой совет можно дать пациентке для предотвращения приступов?

У мужчины 42 лет появились сильные опоясывающие боли в левой половине грудной клетки, в связи с чем, был госпитализирован в кардиологическое отделение. Экстренные исследования ЭКГ и биохимического анализа крови не выявили сердечной патологии. Через два дня в левой половине грудной клетки, на уровне соска, в зоне болей появились высыпания в виде пузырьков. Осмотр невролога выявил зону гипестезии в этой же области. Задания: 1) Топический диагноз? 2) Клинический диагноз? 3) Лечение? 4) Какими препаратами наиболее целесообразно купировать болевой синдром?

После подъема тяжести во время ремонта своей квартиры у мужчины 38 лет появилась резкая боль в поясничном отделе с иррадиацией по заднелатеральной поверхности левой ноги, снижение чувствительности по заднелатеральной поверхности бедра и голени. В связи с сохранением боли в течение недели, был вынужден обратиться к врачу. При осмотре: ахиллов рефлекс слева угнетен, резкая боль в поясничном отделе при кашле, положительный симптом Лассега слева с угла 30°, гипестезия по заднелатеральной поверхности бедра и голени. Задания: 1) Топический диагноз? 2) Обследование? 3) Клинический диагноз? 4) Консультация, каких специалистов может потребоваться? 5) Лечение? 6) Предложите план реабилитационных мероприятий. 7) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы? 8) Предложите режим двигательной активности и принципы ЛФК.

Во время проведения профессионального осмотра на химическом заводе, один из рабочих пожаловался на ощущение онемения и слабости в стопах, появившиеся несколько месяцев назад, но последнее время усилившиеся. Объективно: выявляется угнетение карпорадиальных и ахилловых рефлексов, гипестезия в дистальных отделах конечностей, дистальный гипергидроз, лабильность ЧСС. Задания: 1) Какое заболевание можно предположить? 2) Топический диагноз? 3) Перечислите факторы внешней среды, которые могут вызвать данное заболевание. 4) Какие мероприятия должны быть предприняты на производстве? 5) Какие обследования для уточнения диагноза целесообразно провести? 6) Тактика лечения? 7) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы? 8) Предложите профилактические мероприятия.

Женщина 72 лет страдает сахарным диабетом II типа в течение 17 лет. В последние два года отмечались частые состояния гипергликемии из-за нерегулярного приема гипогликемических препаратов. Пациентка обратилась к участковому терапевту с жалобами на сильный зуд и боль в правой стопе. При

осмотре: суставы стоп деформированы, больше справа, кожа на стопах истончена, справа – язва диаметром 2 см. Ахилловы рефлексы отсутствуют, коленные – очень низкие. Гипестезия в ногах – до средней трети голени. Рефлексы на верхних конечностях снижены. Задания: 1) Поставьте синдромальный и топический диагноз? 2) Поставьте клинический диагноз? 3) Предложите план обследования? 4) Нужны ли консультации каких-либо специалистов? 5) Предложите план лечения? Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы? 6) Предложите профилактические мероприятия.

Мужчина 53 лет, страдающий хроническим панкреатитом, пришел в поликлинику с жалобами на онемение, «жжение» в стопах, боль в мышцах голени, неуверенность при ходьбе, особенно в темное время, парестезии в пальцах рук. Эти явления появились около 5ти недель назад. Наблюдается у нарколога в связи со злоупотреблением спиртными напитками. Врач выявил: снижение силы разгибателей стоп, гипотонию икроножных мышц, ахилловы рефлексы не вызываются, снижены карпорадиальные рефлексы. Снижение поверхностной чувствительности на стопах и кистях. Снижение мышечно-суставного чувства в пальцах стоп. Задания: 1) Топический диагноз? 2) Предположительный клинический диагноз?

3) Требуется ли экстренная госпитализация? 4) План обследования? 5) Лечение? 6) Какие немедикаментозные методы лечения могут быть использованы? 7) Предложите профилактические мероприятия.

В поликлинику обратился сварщик с жалобами на скованность и замедленность движений. Стаж по специальности 22 года, работал на судостроительном заводе, сваривал детали корпусов судов. Объективно врачом общего профиля было выявлено: гипомимия, повышен мышечный тонус по типу «зубчатого колеса», мелкоамплитудный тремор головы и пальцев рук. При проведении психометрического тестирования обнаружены умеренные когнитивные расстройства. Задание: 1) Топический диагноз? 2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз? 3) Нужна ли госпитализация? 4) Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза? 5) Принципы терапии? 6) Возможные исходы заболевания?

. Студент 18 лет, обратился в поликлинику с жалобами на дрожание левой руки, которое постепенно, в течении нескольких месяцев, распространилось на правую руку, присоединилось нарушение почерка, речи (по типу легкой дизартрии). Известно, что с 7 лет состоит на учете у гепатолога с диагнозом: хронический активный гепатит, неуточненного генеза. Объективно врачом общего профиля было выявлено: крупно-амплитудный дрожательный гиперкинез в верхних конечностях, интенционный тремор при выполнении координаторных проб в верхних конечностях, мышечный тонус повышен по типу «пластической» ригидности. При осмотре офтальмологом на щелевой лампе по краю радужки определяются фрагменты кольца бурого цвета. Задание: 1) Топический диагноз? 2) Название кольца бурого цвета (эпонимное), чем обусловлен этот феномен? 3) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз? 4) Нужна ли госпитализация? 5) Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза? 6) Принципы терапии? 7) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности? 8) Показано ли санаторно-курортное лечение? 9) Возможные исходы заболевания?

Мужчина 47 лет начал замечать появление пританцовывающих насильственных движений при ходьбе. К врачу обратился через 6 месяцев по настоянию родственников. Объективно при осмотре врачом общего профиля было выявлено: крупноамплитудные, быстрые, хаотические 26 насильственные движения в конечностях, непроизвольные движения в мимической мускулатуре, языке, обращает на себя внимание снижение интеллекта, конфликтность в поведении. Со слов жены, известно, что отец больного страдал подобным заболеванием. Задание: 1) Топический диагноз? 2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз? 3) Нужна ли госпитализация? 4) Какие методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза? 5) Принципы терапии? 6) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности? 7) Показано ли санаторно-курортное лечение?

Девочка 13 лет жалуется на повышенную утомляемость, снижение памяти, концентрации внимания, тревожность, плаксивость, насильственные движения в мышцах лица, плечевом поясе, верхних конечностях, которые беспокоят пациентку около месяца. Из анамнеза известно, что больная страдает суставной формой ревматизма с частыми обострениями. При осмотре врачом общего профиля было выявлено: больная неусидчива, гримасничает, не может удержать высунутый из полости рта язык при зажмуренных глазах, эмоционально лабильна. В неврологическом статусе генерализованный хореический гиперкинез на фоне диффузной мышечной гипотонии, вегетативная дисфункция. Задание: 1) Клинический диагноз? 2) Топический диагноз? 3) Обследование? 4) Лечение?

Больной 58 лет утром жалуется на тремор в кистях рук и ногах, быструю утомляемость, изменение речи, частые позывы на мочеиспускание, затруднение начала движения. Подобные жалобы беспокоят последние 3 года. Из анамнеза известно, что состоит на учете в психоневрологическом диспансере, длительное время принимает нейролептики. При осмотре: мелкокоразмашистый тремор в кистях по типу

«счета монет», мелкокоразмашистый тремор ног, уменьшающийся при движениях, периоральный тремор, тихая, монотонная речь, тонус мышц повышен по экстрапирамидному типу. Задание: 1) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз? 2) Нужна ли госпитализация? 3) Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза? 4) Принципы терапии? 5) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности? 6) Показано ли санаторно-курортное лечение?

Мужчина 36 лет обратился в поликлинику с жалобами на скованность и замедленность движений, нарушения походки, эмоциональную нестабильность. Из анамнеза известно, больной длительно употреблял эфедрон, последние 1,5 года не употребляет. При осмотре врачом общего профиля было выявлено: эмоционально лабилен, гипомимия, ригидность мышц верхних и нижних конечностей, брадикинезия, нарушение походки, частые падения. Задание: 1) Топический диагноз? 2) Предположите наиболее вероятный клинический диагноз? 3) Нужна ли госпитализация? 4) Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза? 5) Принципы терапии? 6) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности? 7) Показано ли санаторно-курортное лечение? 8) Возможные исходы заболевания?

Студент 18 лет обратился в поликлинику к врачу общего профиля с жалобами на общую слабость, недомогание, нарушение зрения (нечеткость, снижение остроты), неприятные ощущения в глазах. Данные симптомы появились 2 дня назад после перенесенного простудного заболевания. При осмотре: астенического телосложения, единичные стигмы дисэмбриогенеза. Менингеальных знаков нет, глубокие рефлексы оживлены, брюшные рефлексы вялые, патологических рефлексов нет, чувствительных расстройств не выявлено, координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Заключение офтальмолога: ретробульбарный неврит. Задание: 1) О каком заболевании следует думать, учитывая клинические данные и заключение офтальмолога? 2) Консультацию какого специалиста нужно получить? 3) Топический диагноз? 4) Обследование? 5) Показана ли госпитализация? 6) Лечение? 7) Возможные исходы заболевания?

Девушка 20 лет обратилась в поликлинику к врачу общего профиля с жалобами на быструю утомляемость и преходящую слабость в правых конечностях, ощущение двоения в глазах, особенно при нахождении в душном, жарком помещении или после незначительной физической нагрузки или даже после чашки горячего чая. Известно, что за последние 1,5 года дважды перенесла эпизоды невропатии лицевого нерва, сначала справа, затем слева. При осмотре: астенического телосложения, единичные стигмы дисморфогенеза, недостаточность конвергенции, неведение правого глаза до внутренней спайки при полной сохранности отведения другого глаза, монокулярный нистагм слева (межъядерный офтальмопарез). Легкая недостаточность функции мимической мускулатуры с обеих сторон. Легкий правосторонний силовой гемипарез. Тонус мышц в правых конечностях повышен по пирамидному типу, глубокие рефлексы D>S, высокие. Рефлексы орального автоматизма, патологические знаки Россоломо верхних, Бабинского справа. Интенция и миопромахивание при выполнении координаторных проб, неустойчивость в позе Ромберга. Задание: 1) Топический диагноз? 2) Консультацию какого специалиста нужно получить? 3) Клинический диагноз? 4) Обследование? 5) Показана ли госпитализация? 6) Лечение?

Женщина 65 лет предъявляет жалобы на затруднение при глотании, частые поперхивания, слюнотечение, нарушение речи, плаксивость, подергивания в мышцах лица и шеи, затруднение удержания головы. При осмотре: слабость, атрофия и фасцикуляции в мышцах лица, языка, грудинноключично-сосцевидных и трапециевидных мышцах, дизартрия, дисфагия, рефлексы орального автоматизма, насильственные эмоции (плач, смех), оживление нижнечелюстного рефлекса и глубоких рефлексов конечностей с обеих сторон. Результаты лабораторных исследований – без особенностей. Задание: 1) Топический диагноз? 2) Консультацию какого специалиста нужно получить? 3) Клинический диагноз? 4) Обследование? 5) Показана ли госпитализация? 6) Лечение? 7) Возможные исходы заболевания? 8) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности? 9) Показано ли санаторно-курортное лечение?

Женщина 28-ти лет в течение нескольких дней стала отмечать неустойчивость при ходьбе и не ловкость в руках, стало «неудобно» печатать на компьютере. Обратилась в поликлинику, врач выявил неустойчивость в позе Ромберга и отправил пациентку к неврологу. В неврологическом статусе: нистагм, интенционный тремор при выполнении пальцевосовой и колено-пяточной пробы справа, повышение тонуса в нижних конечностях по спастическому типу, двухсторонний симптом Бабинского. При осмотре глазного дна: побледнение височных половин дисков зрительных нервов. При повторном осмотре через три дня выраженность координаторных нарушений существенно уменьшилась. Задание: 1) Топический диагноз? 2) Консультацию какого специалиста нужно получить? 3) Клинический диагноз? 4) Обследование? 5) Показана ли госпитализация? 6) Лечение? 7) Возможные исходы заболевания? 8) Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности? 9) Показано ли санаторно-курортное лечение?

Мужчина 44 лет получил удар по голове тяжелым предметом, кратковременно утратил сознание. Придя в сознание, жалуется на сильную головную боль и тошноту, была однократная рвота, обстоятельства травмы не помнит. Был доставлен в стационар машиной скорой помощи. При осмотре: заторможен, сонлив, на вопросы отвечает только после повторения, команды выполняет правильно, но замедленно, сухожильные рефлексы справа повышены, отмечается симптом Бабинского справа. При эхоэнцефалоскопии установлено смещение срединных структур мозга слева направо на 7 мм. При рентгенографии черепа выявлена трещина левой теменной кости. Задание: 1) Тип нарушения сознания? 2) Топический диагноз? 3) Дообследование? 4) Клинический диагноз? 5) Лечение?

Мужчина 59 лет, доставлен машиной скорой помощи с улицы, где внезапно упал, утратил сознание, возникли тонико-клонические судороги. При осмотре: лицо гиперемировано, на вопросы не отвечает, команды не выполняет, глаза открывает только на громкий звук или болевые раздражители, защитные реакции координированы, ригидность мышц затылка, симптом Кернига с обеих сторон. Задание: 1) Определите тип нарушения сознания? 2) Какую помощь можно оказать на месте? 3) Действия врача скорой помощи? 4) Какое обследование необходимо провести? 5) Поставьте предварительный клинический диагноз? 6) Тактика лечения в стационаре?

Студентка 18 лет, находясь в переполненном вагоне метро в компании других студентов, пожаловалась на чувство дурноты, легкую тошноту, потемнение в глазах, внезапно потеряла сознание, не упала, т.к. была подхвачена друзьями, стоящими рядом. Известно, что несколько дней готовилась к экзамену, мало спала, нерегулярно питалась. Подобные эпизоды случались и ранее. Задание: 1) Помощь на месте? 2) Клинический диагноз? 3) Дифференциальный диагноз? 4) Дообследование? 5) Рекомендации?

Студент 18 лет, внезапно упал, наблюдались тонико-клонические судороги, непроизвольное мочеиспускание. При осмотре: сознание утрачено, изо рта выделяется слюна с небольшим количеством крови. Судороги прекратились через 2 минуты, после чего больной уснул. Со слов матери: наркотические вещества, алкоголь не употребляет, травм головы, нейроинфекций ранее не переносил. В детском возрасте наблюдались кратковременные эпизоды выключения сознания (несколько секунд) и застывания в определенной позе. Сестра больного страдает эпилепсией с детства. Задание: 1) Первая помощь? 2) Действие врача скорой помощи? 3) Обследование? 4) Клинический диагноз? 5) Лечение?

. Школьник 8 лет. В течение 3 месяцев страдает приступами тонико-клонического характера, начинающимися в мышцах лица, языка, сопровождающимися гиперсаливацией, остановкой речи, прекращением обычной двигательной активности, потерей контакта с окружающими, наблюдаются автоматизированные движения рук, затем развиваются тонико-клонические генерализованные судороги. Приступы появляются 1 раз в 1-2 недели, без явной причины, длятся 2-3 минуты, после приступа ребенок засыпает. На ЭЭГ выявляются пики в лобноносовисочных областях с генерализацией по конвексу. Травм головы, нейроинфекций ранее не переносил. Задание: 1) Первая помощь? 2) Действие врача скорой помощи? 3) Обследование? 4) Клинический диагноз? 5) Лечение?

Женщина 56 лет, по дороге в магазин поскользнулась на гололеде, упала навзничь, ударилась головой об асфальт. Утратила сознание на несколько секунд, плохо помнит, как вышла из подворотни. Была однократная рвота. Была доставлена службой скорой помощи в ближайшую больницу. Жалуется на головную боль, головокружение. При осмотре: сознание ясное, подкожная гематома в задней теменной области. Очаговой и менингеальной симптоматики не определяется. На краниограммах костной патологии не выявлено. Задания: 1. Поставьте предположительный клинический диагноз. 2. Осмотр каких специалистов нужен в данном случае? 3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? 4. Предложите тактику лечения.

4. Тестирование.

Тест 1.

Симптом, характерный для клещевого энцефалита:

1. Центральные гемипарез
2. Вялые парезы верхних конечностей
3. Проводниковые нарушения чувствительности
4. Сходящееся косоглазие
5. Расстройство сна

Симптом, характерный для клещевого энцефалита:

1. Центральные гемипарез
2. Проводниковые нарушения чувствительности
3. Сходящееся косоглазие

4. Лимфоцитарный плеоцитоз в ликворе

5. Расстройство сна

Симптом, характерный для острого поперечного миелита:

1. Бульбарный синдром

2. Эпилептические припадки

3. Центральные парезы нижних конечностей

4. Патологическая сонливость

5. Парезы зрения

Симптом, характерный для комариного энцефалита:

1. Бульбарный синдром

2. "Свисающая голова"

3. Периферический паралич верхних конечностей

4. Эпилептические припадки

5. Паралич аккомодации

Симптом, характерный для туберкулезного менингита:

1. Острое начало

2. Уровень белка в ликворе N или понижен

3. Нейтрофильный плеоцитоз в ликворе

4. Лимфоцитарный плеоцитоз в ликворе с высоким содержанием белка

5. Повышенное содержание сахара в ликворе

Симптомы, характерные для клещевого энцефалита:

1. Центральные гемипарезы

2. Вялые парезы верхних конечностей

3. Проводниковые нарушения чувствительности

4. "Свисающая голова"

5. Бульбарные нарушения

Виды герпетического поражения нервной системы:

1. Менингит

2. Энцефалит

3. Ганглиорадикулит

4. Постгерпетическая невралгия

5. Полиневрит.

Тест 2.

Вертебро-базилярная и каротидная системы мозгового кровотока анастомозируют через артерию:

1. переднюю соединительную

2. задние соединительные

3. глазную

4. мозговой оболочки

5. среднюю мозговую

Передняя соединительная артерия - анастомоз между артериями:

1. сонной и базилярной

2. двумя передними мозговыми

3. двумя вертебральными

4. средней и передней мозговыми

5. задними мозговыми

Виллизиев круг может компенсаторно обеспечить адекватный мозговой кровоток при окклюзии артерии

1. средней мозговой

2. задней мозговой

3. внутренней сонной

4. наружной сонной

5. передней мозговой

Постоянство мозгового кровотока обеспечивается:

1. системой ауторегуляции мозгового кровообращения
2. вегетативной нервной системой
3. стволом головного мозга
4. аутотренингом
5. постоянным уровнем АД

Мозговой кровоток у здорового человека не зависит от общей гемодинамики при колебаниях АД (по систолическому) между:

1. 40 - 200 мм.рт.ст.
2. 60 - 200 мм.рт.ст.
3. 60 - 250 мм.рт.ст.
4. при коллапсе
5. при гипертоническом кризе

Кровоизлияние в мозг развивается, как правило:

1. ночью во время сна
2. утром после сна
3. днем в период активной деятельности
4. после еды
5. во время курения

Головная боль при субарахноидальном кровоизлиянии:

1. не характерна
2. внезапная острая
3. умеренная
4. слабо выражена
5. флуктуирует

Кожные покровы больного с кровоизлиянием в мозг чаще:

1. бледные
2. обычной окраски
3. гиперемированы
4. акроцианоз
5. с кровоподтеками

Тест 3.

Расположение центрального двигательного мотонейрона:

1. прецентральная извилина
2. надкраевая извилина
3. постцентральная извилина
4. угловая извилина
5. верхняя височная извилина

Расположение периферического двигательного мотонейрона:

1. задние рога
2. боковые рога
3. задние канатики
4. передние рога
5. передние канатики

Джексоновский моторный эпилептический припадок-это признак поражения:

1. затылочной доли
2. лобной доли
3. височной доли
4. теменной доли
5. мозжечка

Для поражения правой внутренней капсулы характерно:

1. периферический нижний парапарез
2. спастический гемипарез слева
3. спастический гемипарез справа
4. нижний спастический парапарез
5. центральный монопарез левой верхней конечности

Перекрест пирамидных двигательных путей происходит на уровне:

1. варолиевого моста и продолговатого мозга
2. ножек мозга и варолиевого моста
3. внутренней капсулы
4. продолговатого мозга и спинного мозга
5. мозолистого тела

Ответ:

Частичное снижение мышечной силы носит название:

1. парез
2. гипотония
3. гипотрофия
4. паралич
5. гипорефлексия

Отсутствие активных движений носит название:

1. атония
2. арефлексия
3. парез
4. паралич
5. атаксия

Спастический парапарез характерен для поражения:

1. передних рогов шейного утолщения
2. ствола головного мозга
3. внутренней капсулы
4. грудного отдела спинного мозга
5. спинно-мозгового корешка

Вялый нижний парапарез характерен для поражения:

1. коры головного мозга
2. ствола головного мозга
3. шейного утолщения спинного мозга
4. поясничного утолщения спинного мозга
5. грудного отдела спинного мозга

Спастический монопарез характерен для поражения:

1. коры головного мозга
2. ствола головного мозга
3. шейного утолщения спинного мозга
4. поясничного утолщения спинного мозга
5. спинно-мозговых корешков на поясничном уровне

Для центрального гемипареза характерно:

1. поза Вернике-Мана
2. гемипаретическая походка
3. спастико-атактическая походка
4. поза «просителя»
5. спастичность парализованных конечностей

Группа разгибательных патологических рефлексов с нижних конечностей:

1. Бабинского
2. Жуковского
3. Бехтерева

4. Шеффера
5. Оппенгейма

5.ПК3. Написание истории болезни.

Ознакомьтесь с правилами написания ИБ. Напишите историю болезни по предложенному преподавателем или из ситуационной задачи конкретному диагнозу, случаю, медицинской карты. Выполните задание по схеме:

Паспортная часть. В паспортной части указываются следующие сведения: 1. Фамилия, имя, отчество. 2. Возраст. 3. Пол. 4. Семейное положение. 5. Профессия. 6. Домашний адрес. 7. Дата поступления. 8. Диагноз при поступлении. 9. Клинический диагноз.

Жалобы больного.

Анамнез болезни.

Анамнез жизни.

Данные объективного исследования:

Соматический статус. Неврологический статус. Исследование рефлексов. Патологические рефлексы. Функции мозжечка. Экстрапирамидная система. Чувствительная система. Болевые симптомы. Вегетативные функции.

Постановка топического диагноза.

Постановка нозологического диагноза.

Дифференциальный диагноз.

Лечение.

Прогноз течения.

Эпикриз.

Перечень вопросов и заданий, выносимых на экзамен

2. Синдром паркинсонизма, клинические проявления.
3. Гиперкинезы. Классификация.
4. Дифференциальная диагностика атаксий.
5. Боль, классификации, механизмы возникновения.
6. Центральные и периферические прозопарезы, дифференциальная диагностика.
7. Бульбарный и псевдобульбарный параличи.
8. Ликворные патологические синдромы.
9. Афазии, виды, дифференциальная диагностика.
10. Апраксии, виды, дифференциальная диагностика.
11. Синдромы нарушения сознания. Критерии диагностики.
12. Эпилептический синдром. Классификация эпилептических приступов. Первая помощь при генерализованном тонико-клоническом приступе.
13. Обморок. Критерии диагностики. Первая помощь.
14. Классификация, этиология и патогенез, дифференциальная диагностика и лечение острых нарушений мозгового кровообращения.
15. Первая помощь при острых нарушениях мозгового кровообращения.
16. Нейропатия лицевого нерва (синдром Белла). Клиника, диагностика.
17. Синдром Гийена-Барре. Клиника, диагностика, лечение.
18. Вертеброгенные неврологические синдромы, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
19. Острый бактериальный менингит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и принципы лечения.
20. Серозные менингиты. Дифференциальная диагностика. Туберкулезный менингит, диагностика, лечение.
21. Клещевой боррелиоз, подходы к диагностике, принципы лечения.
22. Клещевой энцефалит, подходы к диагностике и принципы лечения.

23. Дифференциальная диагностика вторичных энцефалитов (при кори, ветряной оспе, краснухе, поствакцинальные энцефаломиелиты).
24. Первичные и вторичные поражения нервной системы при ВИЧ-инфекции. Принципы диагностики и лечения.
25. Нейросифилис, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
26. Рассеянный склероз: патогенез, клиника, диагностика, типы течения, современное лечение обострений и превентивная терапия.
27. Виды эпилепсии. Тактика обследования и лечения.
28. Миастения: патогенез, клиника, диагностика, лечение. Миастенический и холинергический криз, неотложная помощь.
29. Болезнь Альцгеймера. Этиология, клиника, подходы к диагностике и лечению.
30. Болезнь Паркинсона. Этиология, клиника, подходы к диагностике и лечению.
31. Болезнь Гентингтона. Этиология, клиника, диагностика и принципы лечения.
32. Болезнь Вильсона-Коновалова. Этиология, клиника, диагностика и принципы лечения.
33. Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшенна/Беккера. Этиология, клиника, диагностика и принципы лечения.
34. Спинальная мышечная атрофия 5q. Этиология, клиника, диагностика и принципы лечения.
35. Полинейропатии. Классификации. Клиника. Подходы к диагностике.
36. Классификация черепно-мозговых травм. Клиника, диагностика, лечение, неотложная помощь.
37. Классификация спинальных травм. Клиника, диагностика, лечение, неотложная помощь.
38. Опухоли головного мозга. Классификации. Клиника. Принципы диагностики и тактика ведения.
39. Опухоли спинного мозга. Классификации. Клиника. Принципы диагностики и тактика ведения.
40. Прогрессирующая вегетативная недостаточность. Клиника, подходы к терапии.

Таблица 9 – Примеры оценочных средств с ключами правильных ответов

№ п/п	Тип задания	Формулировка задания	Правильный ответ	Время выполнения (в минутах)
ОПК-5. Способен разрабатывать и использовать научно обоснованные программы психологического вмешательства и психологической помощи, консультационного, развивающего, коррекционного, психотерапевтического или реабилитационного характера для решения конкретной проблемы отдельных лиц и групп населения и (или) организаций, в том числе лицам с ОВЗ.				
1.	Задание закрытого типа	Патологические пирамидные симптомы на верхней конечности - рефлексy: 1.Бабинского 2.Оппенгейма 3.Россолимо 4.Шеффера	3	1
2.		Глубокие рефлексy при поражении центрального двигательного нейрона: А. Повышаются	А	1

№ п/п	Тип задания	Формулировка задания	Правильный ответ	Время вы- полнения (в минутах)
		Б. Не изменяются В. Снижаются		
3.		Бульбарный паралич развивается при поражении черепных нервов: 1.IX, X, XII 2.IX, X, XI 3.VIII, IX, X	1	1
4.		К менингеальным симптомам относят: А. Кернига. Б. Ласега В. Нери. Г. Ригидность мышц затылка. Д. Бабинского. Е. Брудзинского	А, Г, Е	1
5.		При поражении левой теменной доли возникает апраксия: Варианты ответа: Идеаторная Моторная Конструктивная	Все варианты верны	1
6.	Задание открытого типа	Нарушение целенаправленных движений и действий при сохранности составляющих их элементарных движений; возникает при очаговых поражениях коры больших полушарий головного мозга или проводящих путей мозолистого тела -	Апраксия	2
7.		Во время летних каникул, находясь у бабушки в деревне в Белоруссии, 14-летний подросток регулярно пил козье молоко, которое покупала бабушка в соседней деревне. Внезапно у него возник озноб, поднялась температура до 39 градусов, заболела голова, была рвота. На второй день болезни был жидкий стул, боли в животе. Через 2 дня температура снизилась, но еще через 2, вновь поднялась, стал сонлив и спутан, в связи с чем доставлен в больницу. В больнице опре-	1) Оболочки головного мозга 2) Клещевой энцефалит, менингеальная форма 3) Анализ ликвора на выявление вируса – серологическое исследование, ПЦР 4) Лечение этиотропное – рекомбинантный интерферон (реаферон) в сочетании с препаратами прямого противовирусного действия на РНК и ДНК вирусов (рибавирин, амиксин), патогенетическая – про-	20

№ п/п	Тип задания	Формулировка задания	Правильный ответ	Время вы- полнения (в минутах)
		делили положительные симптомы ригидности шейных мышц, Кернига и Брудзинского. Очаговой неврологической симптоматики выявлено не было. В анализе ликвора: бесцветный, прозрачный, давление –350 мм вод.ст., цитоз- 200 кл. в 1 мкл, смешанного х-ра, с преобладанием лимфоцитов. Задание: 1) Поставьте топический диагноз? 2) Поставьте предварительный клинический диагноз? 3) Предложите дополнительные методы обследования. 4) Предложите план лечения. 5) Предположите возможный источник заражения	тивоотечная (маннитол, дексазон, диакарб), нейропротективная, витамины (мильгамма) 5) Энтеральный путь заражения, козье молоко	
8.		Студент медицинского университета, по ночам работает медицинским братом в бригаде «скорой помощи», помогает матери-инвалиду воспитывать младшую сестру. Последнее время заметил ослабление памяти, из-за чего стал хуже учиться. Также жалуется на повышенную раздражительность, непостоянную головную боль, плохой сон, плохое настроение, повышенную утомляемость, периодическое сердцебиение. При клиническом и лабораторном обследовании признаков поражения нервной системы и внутренних органов не выявлено. Задание: 1) Поставьте предположительный клинический диагноз? 2) Требуется ли госпитализация? 3) Объясните, с чем связаны жалобы пациента.	1) Астенический невроз. Синдром вегетативной дисфункции (перманентное течение). 2) Госпитализация не показана. 3) Жалобы пациента могут быть связаны с неблагоприятным сочетанием двух факторов: конституциональной вегетативной дисфункции и факторов внешней среды (недостаток отдыха, хроническое эмоциональное напряжение) 4) Нормализация режима труда и отдыха. Прогулки, водные процедуры, занятия физкультурой, ауто-тренинг. Магний В6. При необходимости короткий курс транквилизаторов.	30

№ п/п	Тип задания	Формулировка задания	Правильный ответ	Время выполнения (в минутах)
		4) Предложите меры профилактики и тактику лечения. Какие немедикаментозные методы лечения можно предложить?		
9.		Что такое ствол мозга?	Это те части головного мозга, от которых отходят черепные нервы и в которых находятся ядра этих нервов – продолговатый, мост и средний мозг	3
10.		Мужчина 58 лет, страдающий сахарным диабетом 2 типа, гипертонической болезнью, доставлен в стационар с остро развившимися симптомами: слабость и онемение левых конечностей, выпадение левых половин полей зрения. Задания: 1) Назовите синдромальный диагноз. 2) Предположите сосудистый бассейн, поражение которого наиболее вероятно.	1) Поражение внутренней капсулы справа. 2) Правая средняя мозговая артерия.	10
ПК-2 Способен к сбору клинико-психологического анамнеза и текущего психологического статуса с использованием диагностических средств клинической психологии для выявления ВКБ и ВКЗ при различных соматических патологиях в процессе лечения, реабилитации и профилактики заболеваний.				
11.	Задание закрытого типа	Для бульбарного паралича характерны симптомы: А. Глоточный рефлекс вызывается. Б. Глоточный рефлекс отсутствует. В. Периферический парез подъязычного нерва. Г. Симптомы орального автоматизма. Д. Дисфагия. Е. Дизартрия	А, Б, Г, Д, Е	0,5
12.		Статика зависит от нормальной деятельности: 1. Хвостатого ядра 2. Мозжечка 3. Черной субстанции	Б	0,5
13.		Для "полиневритического" типа расстройства чувствительности наиболее характерны симпто-	2, 3	0.5

№ п/п	Тип задания	Формулировка задания	Правильный ответ	Время вы- полнения (в минутах)
		мы: 1. Расстройство чувстви- тельности в соответствующих дерматомах 2. Боли в конечностях 3. Анестезия в дистальных отделах конечностей 4. Гемианестезия		
14.		Для височной эпилепсии харак- терны признаки: Варианты ответа: А. Ощущение "уже виденного" Б. Обонятельные галлюцина- ции В. Висцеральные кризы Г. Расстройства чувстви- тельности по сегментарному типу Д. Отсутствие брюшных ре- флексов	А, Б, В	1
15.		К общемозговым симптомам относятся: 1. Головная боль 2. Гемипарез 3. Джексоновская эпилеп- сия 4. Несистемное голово- кружение 5. Рвота 6. Генерализованный су- дорожный припадок	1, 4, 5, 6	1
16.	Задания от- крытого ти- па	Нарушение согласованности движений различных мышц при условии отсутствия мы- шечной слабости; одно из часто наблюдаемых рас- стройств моторики. Это нервно-мышечное заболева- ние, которое может носить генетический характер, а также развивается при серь- ёзном гиповитаминозе вита- мина В12 и как следствие це- ребрального инсульта, ЭТО -	Атаксия	1
17.		При ЧМТ повреждены пира- миды (в области основания продолговатого мозга. Како- вы последствия могут быть?	Пирамидный тракт несет нисходящие кор- ково-спинномозговые пути от моторной коры к мотонейронам перед- них рогов спинного моз- га. Их повреждение неизбежно приведет к нарушениям или отсут-	5

№ п/п	Тип задания	Формулировка задания	Правильный ответ	Время вы- полнения (в минутах)
			ствию сложных произ- вольных двигательных актов, в первую очередь верхних и нижних ко- нечностей.	
18.		Произошла блокировка си- наптической передачи в об- ласти подушки таламусов. Что за этим может последо- вать?	В этой области находят- ся релейные ядра, полу- чающие в основном зри- тельную информацию о верхнего двухолмия среднего мозга. Про- изойдет прерывание зрительной афферента- ции на уровне таламуса и переключение ее в зрительную кору (цен- тральные части шпор- ной борозды. Потеря светового восприятия и, возможно более слож- ного анализа зрительно- го восприятия.	10
19.		Период, во время которого возникают различные симп- томы из-за чрезмерной ло- кальной синхронизации в мозге[1]. Могут наблюдаться такие состояния как, напри- мер, неконтролируемая судо- рожная активность, затраги- вающая большую часть тела с потерей сознания (тонико- клонические приступы) или судорожная активность, за- трагивающая только одну часть тела с разными степе- нями нарушения сознания (парциальные, или фокаль- ные приступы), а также не- заметные короткие периоды потери сознания (абсансы)	Эпилептический при- ступ. Генерализованный судорожный припадок	3
20.		Пациентка 26 лет жалуется на внезапно возникшую острую боль в пояснице, воз- никшую после физической нагрузки. Диагноз: «Люмбаго». Задания: 1) Предложите наиболее це-	1) Миорелаксанты цен- трального действия: ми- докалм, сирдалуд, ко- роткий курс НПВС. 2) Ограничение двига- тельного режима в пер- вые дни (до купирова- ния выраженного боле-	15

№ п/п	Тип задания	Формулировка задания	Правильный ответ	Время выполнения (в минутах)
		лесообразное медикаментозное лечение. 2) Какие рекомендации вы могли бы дать пациентке?	вого синдром). Регулярное выполнение комплекса упражнений , для укрепления мышц спины, принципы правильного выполнения статических и динамических нагрузок.	

Полный комплект оценочных материалов по дисциплине (модулю) (фонд оценочных средств) хранится в электронном виде на кафедре, утверждающей рабочую программу дисциплины (модуля), и в Центре мониторинга и аудита качества обучения.

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

Таблица 10 - Технологическая карта рейтинговых баллов по дисциплине (модулю)

№ п/п	Контролируемые мероприятия	Количество мероприятий / баллы	Максимальное количество баллов	Срок представления
Основной блок				
1.	<i>Ответ на занятии</i>	2 (6б.)	3	
№ п/п	Контролируемые мероприятия	Количество мероприятий / баллы	Максимальное количество баллов	Срок представления
2.	<i>Выполнение индивидуального задания</i>	1(6б.)	6	
3.	<i>Коллоквиум</i>	2 (18б.)	9	
4.	<i>Контрольные работы и тесты</i>	2 (10б.)	5	
Всего			40	-
Блок бонусов				
5.	<i>Посещение занятий</i>	9 (4.5б)	0.5	
6.	<i>Своевременное выполнение всех заданий</i>	3 (5,5б.)	1,8	
Всего			10	-
Дополнительный блок				
7.	<i>Зачет</i>			
Всего			50	-
ИТОГО			100	-

Таблица 11 - Система штрафов (для одного занятия)

Показатель	Балл
<i>Опоздание на занятие</i>	0,5 б.
<i>Нарушение учебной дисциплины</i>	1б.
<i>Неготовность к занятию</i>	3б.
<i>Пропуск занятия без уважительной причины</i>	2б.

Таблица 12 - Шкала перевода рейтинговых баллов в итоговую оценку за семестр по дисциплине (модулю)

Сумма баллов	Оценка по 4-балльной шкале	
90-100	5 (отлично)	
85-89	4 (хорошо)	
75-84		
70-74		
65-69	3 (удовлетворительно)	
60-64		
Ниже 60	2(неудовлетворительно)	

8. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

8.1. Основная литература.

1. Гусев, Е. И. Неврология и нейрохирургия : учебник. В 2 т. Т. 1. Неврология / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. - 4-е изд., доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 640 с. : ил. - Текст : электронный. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453247.html>

2. Неврология: нац. рук. : крат. изд. / гл. ред. Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, А. Б. Гехт. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Текст : электронный. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453247.html>

3. Гусев, Е. И. Неврология и нейрохирургия. В 2 томах. Том 2. Нейрохирургия: учебник / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 424 с. - ISBN 978-5-9704-2605-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426050.html>

8.2. Дополнительная литература

1. Парфенов, В. А. Нервные болезни : в 2 томах : учебник. - Т. 2 : Частная неврология и нейрохирургия / В. А. Парфенов, Н. Н. Яхно, О. Е. Зиновьева ; Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Сеченовский Университет). - Москва : ГЭОТАР-МЕДИА, 2021. - 329.

2. Парфенов, В. А. Нервные болезни : в 2 томах : учебник. - Т. 1 : Общая неврология / В. А. Парфенов, Н. Н. Яхно, О. Е. Зиновьева ; Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Сеченовский Университет). - Москва : ГЭОТАР-МЕДИА, 2021. - 261

3. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А., Нервные болезни. Учебное пособие. – М.: МЕДпресс-информ, 2012г., 552с.

4. Можаяев С.В., Скоромец А.А., Скоромец Т.А. Нейрохирургия. Учебник. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 480 с.

5. Болезни нервной системы. Руководство для врачей. /Под редакцией Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. – М. Медицина 2007 г., 1256 с.

8.3. Интернет-ресурсы, необходимые для освоения дисциплины (модуля)

<https://library.asu.edu.ru>

<https://biblio.asu.edu.ru>

<http://i нэб.рф>

9. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Минимально необходимый для реализации дисциплины перечень материально-технического обеспечения включает в себя:

- аудитории лекционные с мультимедийным оборудованием, ноутбуком, проектором;
- схемы, учебные фильмы, интернет-ресурсы.

Рабочая программа дисциплины (модуля) при необходимости может быть адаптирована для обучения (в том числе с применением дистанционных образовательных технологий) лиц с ограниченными возможностями здоровья, инвалидов. Для этого требуется заявление обучающихся, являющихся лицами с ограниченными возможностями здоровья, инвалидами, или их законных представителей и рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии. Для инвалидов содержание рабочей программы дисциплины (модуля) может определяться также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (при наличии).