

**Министерство здравоохранения Российской Федерации
ПЕНЗЕНСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ
- филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения
дополнительного профессионального образования
«РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»
(ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России)**

ОДОБРЕНО

Ученым советом ПИУВ – филиала
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
28.01.2026 г., протокол № 1



УТВЕРЖДАЮ

Директор ПИУВ – филиала ФГБОУ
ДПО РМАНПО Минздрава России
канд. мед. наук,
Д.В. Вихрев
28 января 2026 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
К РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)
«ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА»**

**основной профессиональной образовательной программы высшего
образования – программы подготовки кадров высшей квалификации
в ординатуре по специальности
31.08.78 Физическая и реабилитационная медицина**

Блок 1. Дисциплины (модули)

Обязательная часть Б2.О.01(П)

Уровень образовательной программы: высшее образование.

Подготовка кадров высшей квалификации

Вид программы – практико-ориентированная

Форма обучения
очная

**Пенза
2026**

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ
ПО РАЗРАБОТКЕ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
 к рабочей программе
производственной (клинической) практики
по специальности «Физическая и реабилитационная медицина»

№ пп.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Золкормяев Искандэр Гусманович	к.м.н.	Заведующий кафедрой неврологии, рефлексотерапии, физиотерапии с курсом физической и реабилитационной медицины	ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
2.	Морозова Ольга Александровна	д.м.н.	Профессор кафедры неврологии, рефлексотерапии, физиотерапии с курсом физической и реабилитационной медицины	ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
3.	Алешина Нина Ивановна	к.м.н.	Доцент кафедры неврологии, рефлексотерапии, физиотерапии с курсом физической и реабилитационной медицины	ПИУВ-филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ России
по методическим вопросам				
1	Смирнова Ирина Эдуардовна	канд. пед. наук, доцент	Начальник организационно-методического отдела Управления непрерывного профессионального образования	ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
2	Афанасьева Анна Викторовна		Специалист по учебно-методической работе организационно-методического отдела Управления непрерывного профессионального образования	ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
3	Денисова Алла Геннадьевна	д-р мед. наук, доцент	Заместитель директора по науке и развитию	ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
4	Морозова Ольга Александровна	д-р мед. наук	Заместитель председателя Учебно-методического совета	ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

1. ФОРМЫ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ, ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И КОМПЕТЕНЦИЙ, ФОРМИРУЕМЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

1.1. Текущий контроль

ФОС текущего контроля используется для оперативного и регулярного управления учебной деятельностью (в том числе самостоятельной) обучающегося. ФОС текущего контроля обеспечивает оценивание хода освоения разделов и тем учебной дисциплины (модуля). В условиях балльно-рейтинговой системы контроля результаты текущего оценивания используются как показатель текущего рейтинга обучающегося.

1.2. Промежуточная аттестация

ФОС промежуточной аттестации обучающихся по освоению рабочих программ учебных дисциплин (модулей), практик предназначается для оценки степени соответствия сформированных компетенций у обучающихся с требованиями ФГОС ВО.

Промежуточная аттестация проводится в форме, установленной учебным планом программы: зачет, дифференцированный зачет, экзамен, курсовая работа, отчет. На этапе промежуточной аттестации проверяются все заявленные компетенции.

1.3. Итоговый контроль

ФОС итоговой (государственной итоговой) аттестации используется для оценки результатов освоения образовательных программ. В ходе государственной итоговой аттестации ординаторов оценивается степень соответствия сформированных компетенций выпускников требованиям ФГОС ВО.

2. КРИТЕРИИ И ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНКИ, ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

2.1. Критерии оценки ответа обучающихся при тестировании

Оценка	Критерии оценки (% от max количества баллов)
Отлично	90-100%
Хорошо	80-89%
Удовлетворительно	70-79%
Неудовлетворительно	69% и менее

2.2. Критерии оценки ответа обучающихся при контроле теоретической и практической подготовки обучающегося (собеседовании)

- Сформированность знаний дисциплины в аспекте цели и задач программы;
- Сформированность умений и практических навыков, определяемых целью и задачами программы;
- Наличие опыта деятельности по применению знаний, умений, навыков в решении учебно-профессиональных задач;
- Сформированность способности (готовности) применять знания, умения, навыки в

решении учебно-профессиональных и профессиональных задач.

2.3. Показатели критериев и оценка при контроле теоретической и практической подготовки обучающегося (собеседовании)

Показатели критериев	Оценка
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен научным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. <i>Демонстрируется способность выявлять проблему, формулировать гипотезу, обосновывать свою точку зрения, предсказывать последствия, отличать факты от мнений (суждений), гипотез, выводы от положений, анализировать информацию, находить ошибку, высказывать суждения о соответствии выводов и фактов, о точности (измерений), о качестве (точности, эффективности, экономичности) проделанной работы, выбранном способе решения или используемых методах, строить модель, составить план эксперимента, решения, изменить план.</i> Практические (и/или лабораторные) работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание программы освоено полностью, все предусмотренные программой учебные задания выполнены, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к максимальному. Демонстрируется способность в решении учебно-профессиональных и профессиональных задач.	Отлично (зачтено)
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен научным языком, логичен, доказателен, но проявляется затруднение в демонстрации авторской позиции обучающегося. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя. <i>Демонстрируется способность объяснять, соотносить, характеризовать (приводить характеристики), сравнивать, устанавливать (различие, зависимость, причины), выделять существенные признаки, определять по алгоритму, составлять по готовой схеме, выполнить в соответствии с правилами.</i> Практические (и/или лабораторные) работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание программы освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, все предусмотренные программой обучения учебные задания выполнены, качество выполнения большинства из них оценено числом баллов,	Хорошо (зачтено)

Показатели критериев	Оценка
близким к максимальному. Демонстрируется способность в решении учебно-профессиональных, но затрудняется в решении сложных задач, обосновании трудовых действий.	
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Практические (и/или лабораторные) работы выполнены, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий выполнено, некоторые из выполненных заданий, возможно, содержат ошибки. Демонстрируются большие затруднения в способности решать учебно-профессиональные задачи.	Удовлетворительно (зачтено)
Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Практические (и/или лабораторные) работы выполнены частично, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий не сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий не выполнено, либо качество их выполнения оценено числом баллов близким к минимальному. При дополнительной самостоятельной работе над материалом курса, при консультировании преподавателя возможно повышение качества выполнения учебных заданий.	Неудовлетворительно (не зачтено)

2.4. Шкала оценивания уровня сформированности компетенции

Уровень	Характеристика сформированности компетенции
Высокий	Деятельность осуществляется на уровне обоснованной аргументации с опорой на знания современных достижений медико-биологических и медицинских наук, демонстрируется понимание перспективности выполняемых действий во взаимосвязи с другими компетенциями.
Достаточный	Деятельность осуществляется на уровне обоснованной аргументации с использованием знаний не только специальных дисциплин, но и междисциплинарных научных областей. Затрудняется в прогнозировании своих действий при решении нетипичной профессиональной задачи.

Уровень	Характеристика сформированности компетенции
Недостаточный	Деятельность осуществляется по правилу или алгоритму (типичная профессиональная задача) без способности выпускника аргументировать его выбор и обосновывать научные основы выполняемого действия.

3. ПЕРЕЧЕНЬ КОНТРОЛИРУЕМЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) Б1.О.01 ФИЗИЧЕСКАЯ И РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ МЕДИЦИНА

(заполняется на основании компетенций, регламентированных ФГОС ВО)¹

Наименование компетенции	Код компетенции	Наименование компетенции
Универсальные компетенции (УК)	УК-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
	УК-2.	Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им
	УК-3.	Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению
	УК-4.	Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
	УК-5.	Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории
Общепрофессиональные компетенции (ОПК)	ОПК-1	. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
	ОПК-2.	Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
	ОПК-3.	Способен осуществлять педагогическую деятельность
	ОПК-4	Способен обследовать пациентов с целью выявления ограничения жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма человека

¹ В данную таблицу вносятся **коды и наименования компетенций** из РП данной дисциплины (раздел 2.1. - Паспорт формируемых компетенций, средняя колонка таблицы). Индикаторы достижения компетенций (из правой колонки таблицы – ПК 1.1., ПК 1.2, ... и т.д.) **вносить НЕ НУЖНО**.

ВНИМАНИЕ: компетенции должны соответствовать тем, которые закреплены за данной дисциплиной в матрице компетенций из ОПОП.

	ОПК-5	Способен назначать мероприятия по медицинской реабилитации пациентов, имеющих ограничения жизнедеятельности, нарушения функции и структур организма человека, контроль их эффективности и безопасности
	ОПК-6.	Способен проводить и контролировать эффективность и безопасность медицинской реабилитации пациентов, имеющих ограничения жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма человека, в том числе при реализации индивидуальных программ медицинской реабилитации или абилитации инвалидов
	ОПК-7	. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
	ОПК-8.	Способен проводить анализ медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ОПК-9	Способен оказывать медицинскую помощь пациентам, имеющим ограничения жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма человека в экстренной форме
Профессиональные компетенции (ПК)	ПК-1	Проведение обследования пациентов с целью выявления нарушений функций и структур организма человека и последовавших за ними ограничений жизнедеятельности
	ПК-2	Назначение мероприятий по медицинской реабилитации пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности организма человека, контроль их эффективности и безопасности
	ПК-3.	Проведение и контроль эффективности и безопасности медицинской реабилитации пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавших за ними ограничений жизнедеятельности, в том числе при реализации индивидуальных программ медицинской реабилитации или абилитации инвалидов
	ПК-4.	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
	ПК-5.	Проведение анализа медико-статистической

		информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ПК-6	Оказание медицинской помощи в экстренной форме

4. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

4.1 Задания на проверку практической подготовки

№	Содержание вопроса (задания)	Индексы проверяемых компетенций
	Определение реабилитационного диагноза, реабилитационного потенциала, реабилитационных возможностей, реабилитационного прогноза, показаний и противопоказаний к медицинской реабилитации на трех этапах и санаторно-курортному лечению.	
1.	В зависимости от наличия природных лечебных факторов курорты подразделяются на: 1) климатические; 2) бальнеологические; 3) грязевые; 4) бальнеогрязевые, 5) все ответы правильные.	УК-1, УК-5, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5
	Ответ: 5	
2	Ответственность за безопасность работы и правильную эксплуатацию физиотерапевтической аппаратуры возлагается на: 1) руководителя лечебного учреждения; 2) заместителя руководителя по лечебной работе; 3) заместителя руководителя по административно-хозяйственной работе; 4) заведующего физиотерапевтическим отделением.	УК-1, УК-5, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5
	Ответ:4	
3	Реабилитационный диагноз - 1) это диагноз по МКБ-10; 2) диагноз, учитывающий функциональные возможности сердечно-сосудистой системы; 3) диагноз, учитывающий резервные возможности пациента с учетом функциональных, клинических, возрастных, интеллектуальных и образовательных возможностей.	УК-1, УК-5, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5
	Ответ 3	
	. Медицинская характеристика 3-й группы: 1) А. здоровые, физически не подготовленные; 2) Б. с компенсированными хроническими заболеваниями, физически подготовленные; 3) В. здоровые, физически подготовленные; 4) Г. с недостаточным физическим развитием и физической подготовкой;	УК-1, УК-5, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5

	Д. здоровые.	
	Ответ – 4	

1	Если к Вам обратился пациент с болезнью Гентингтона по поводу эффективной реабилитации, на что Вы можете настроить больного	ОПК-5, ОПК-6, ПК-2, ПК-3,
	Ответ: заболевание хроническое, непрерывно прогрессирующее, поэтому эффективной реабилитации у больных болезнью Гентингтона не существует	
2	Спланируйте, какие реабилитационные мероприятия вы будете назначать для больного с ортостатической гипотензией	ОПК-4, ОПК-5, , ПК-1, ПК-2,
	Ответ: тепловые процедуры и процедуры с перегреванием тела, физические упражнения с высокой нагрузкой, упражнения изометрического характера, упражнения с быстрыми поворотами и быстрым изменением положения тела, длительный постельный режим	
3	Пациент с ортостатической гипотензией жалуется, что особенно плохо чувствует себя по утрам, вставая с кровати, определитесь с немедикументозной тактикой лечения?	ОПК-5,, ПК-2,
	Ответ: посоветовать выпивать в постели, до вставания с кровати, 200-400 мл воды и вставать с кровати медленно	
4	Вы разговариваете с родственниками больного, перенесшего тяжелую черепно-мозговую травму, на какой срок Вы будете их настраивать на прохождение больным максимально возможной реабилитации	ОПК-5, ОПК-6, ПК-2, ПК-3,
	Ответ: в течение первого года после травмы	
5	Пациент после тяжелой черепно-мозговой травмы отправляется на ФЗТ лечение, определитесь с основным противопоказанием для лечения в данном случае	ОПК-6, ПК-3,
	Ответ: развитие посттравматической эпилепсии	
6	Вы направляете больного после операции по поводу опухоли головного мозга на реабилитационное лечение, определитесь, какие реабилитационные методы ему противопоказаны	ОПК-6, ПК-3,
	Ответ: ФЗТ, как процедуры, которые могут простимулировать прогрессирование онкологического процесса	
7	Определитесь, врач какой смежной специальности может помочь Вам в реабилитации пациента онкологическим заболеванием	ОПК-5, ОПК-6, ПК-2,
	Ответ: психотерапевт	
8	Определитесь, какие реабилитационные процедуры противопоказаны пациентам с рассеянным склерозом	ОПК-5, ОПК-6, ПК-2, ПК-3,
	Ответ: процедуры с переохлаждением и перегреванием тела а также тяжелой физической нагрузкой- как факторы которые могут ухудшить состояние больного	
9	Определите где находится каналолизитаз при проведении позиционной пробы Дикса Холлпайка?	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, ПК-3,
	Ответ: появление вертикально-торсионного нистагма, направленного вверх или вниз- при повреждении заднего и переднего полукружных каналов,; появление горизонтального (геотропный и агеотропный) нистагма при поражении горизонтального полукружного канала.	
10	Предложите план вестибулярной реабилитации при односторонней периферической вестибулярной гипорефлексии	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2,
	Ответ: повороты головы при фиксированном взоре, упражнения для тренировки постуральной устойчивости как статической, так и динамической – при обычной ходьбе, тандемной ходьбе, фланговой	

	ходьбе.	ПК-3,
11	Определите какие клинические приемы Вы можете использовать для выявления скрытой периферической вестибулярной дисфункции?	ОПК-4, ОПК-5,
	Ответ: проведение пробы с встряхиванием головы, гипервентиляционной пробы, интерпретация результатов видеоокулографии.	ПК-1, ПК-2,
12	Предложите алгоритм лечения каналолитиаза заднего полукружного канала.	ОПК-4, ОПК-5,
	Ответ: проведение упражнений Брандта-Дароффа, проведение лечебного реабилитационного маневра (Эпли, Семонта) при каналолитиазе заднего полукружного канала.	ПК-1, ПК-2,
13	Предложите алгоритм лечения каналолитиаза горизонтального полукружного канала.	ОПК-5, ОПК-6,
	Оценка: Ответ: проведение лечебного реабилитационного маневра (Лемперта, Гуффони) при каналолитиазе горизонтального полукружного канала.	ПК-1, ПК-2, ПК-3,
14	Снижение выносливости организма наиболее характерно для заболеваний:	ОПК-5, ОПК-6,
	Ответ: 1) сердца с декомпенсацией кровообращения; 2) травм опорно-двигательного аппарата	ПК-1, ПК-2, ПК-3,
15	К Вам обратился пациент с эпилепсией по поводу реабилитационного лечения, какие ограничения Вы для него найдете	ОПК-5, ОПК-6,
	Ответ: пациенту с эпилепсией противопоказана ФЗТ, как фактор возможной провокации развития эпилептических приступов	ПК-2, ПК-3,

4.2 Кейс-задачи

№	Содержание задачи	Индексы проверяемых компетенций
1	Больной С., 47 лет, поступил в отделение реанимации с жалобами на резкие боли за грудиной, в области сердца, с иррадиацией в левую руку, не купирующиеся нитроглицерином. На ЭКГ – признаки острой фазы мелкоочагового инфаркта миокарда. I класс тяжести. На 2 сутки объективно: кожные покровы бледные, в легких дыхание везикулярное, хрипов, одышки нет. Тоны сердца приглушены. Пульс 80 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Назначена консультация врача ЛФК..	УК-1, УК-5, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5
	Вопросы: На какие сутки и при каких условиях можно будет назначать больному занятия лечебной физкультурой? Какие средства ЛФК можно будет рекомендовать данному больному? Какой метод ЛФК целесообразно будет назначить больному на данном этапе реабилитации? Какие упражнения будут обладать лечебным специфическим действием? Ответ обоснуйте	
	Эталоны ответов: При мелкоочаговом инфаркте миокарда занятия ЛФК можно назначать на 3-5 сутки, при условии удовлетворительного состояния больного, стабильных показателях пульса и АД, положительной	

	динамики ЭКГ, и биохимических показателей крови. Больному можно будет рекомендовать следующие средства ЛФК – физические упражнения, массаж. Больному целесообразно назначить индивидуальный метод занятия ЛФК, т.к. он находится на стационарном этапе реабилитации, в отделении реанимации, на строгом постельном режиме. Лечебным специфическим действием будут обладать дыхательные и упражнения на расслабление.	
2	Больной К., 56 лет, с диагнозом: ревматизм, недостаточность митрального клапана, занимается самостоятельно дома лечебной гимнастикой. После занятий ЛФК в течение 3 месяцев у больного уменьшилась одышка, слабость, пульс 75 уд/мин. в покое (до занятий составлял 85-90 уд/мин.), во время занятия пульс учащается до 110-115 уд/мин., после занятия пульс восстанавливается в течение 5-6 мин., тоны сердца ритмичные. Моторная плотность занятия составила 75%.	УК-1, УК-5, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5
	Вопросы: На каком этапе медицинской реабилитации находится больной? Ответ обоснуйте. Какие методы лечебной физкультуры можно назначить больному на данном этапе реабилитации? Ответ обоснуйте. Определите максимальный тренирующий пульс, рекомендуемый диапазон пульса во время занятий ЛГ для больного? Оцените моторную плотность данных занятий ЛГ. Как определяется моторная плотность занятия ЛФК? Как можно оценить эффект занятий лечебной гимнастикой? Ответ обоснуйте.	
	Эталоны ответов: Больной находится на поликлиническом этапе реабилитации, т.к. занимается ЛГ самостоятельно в домашних условиях. Больному можно назначить групповой или самостоятельный метод ЛФК. На поликлиническом этапе реабилитации допускаются занятия групповым методом в зале ЛФК, самостоятельные занятия дома с консультацией у врача ЛФК 1 раз в месяц. Максимальный тренирующий пульс = $220 - \text{возраст (56 лет)} = 164$ уд/мин. Оптимальный диапазон для данного больного – 50-70% от максимального тренирующего пульса, т.е. от 82 до 115 уд/мин. Моторная плотность 75% является достаточной, что говорит о правильном построении занятия ЛГ и адекватно назначенной физической нагрузке. Моторная плотность занятия определяется отношением времени фактического выполнения упражнений ко времени всего занятия, умноженного на 100%. Эффект занятий ЛГ у данного больного положительный, о чем свидетельствует уменьшение одышки, слабости, нормализация пульса 75 уд/мин. в покое (ранее 85-90 уд/мин.). Во время занятия пульс учащается до 110-115 уд/мин., что соответствует оптимальному диапазону значений пульса у больного, после занятия пульс восстанавливается в течение 5-6 мин., что так же свидетельствует об оптимальной интенсивности процедуры ЛГ. Моторная плотность	

	занятия составила 75%, что свидетельствует о правильном построении занятия ЛГ и адекватно подобранной физической нагрузке.	
3	Больной 56 лет предъявляет жалобы на скованность в руках и ногах, неустойчивость при ходьбе, головокружение, ощущение потемнения в глазах при резком переходе из горизонтального в вертикальное положение, учащенное мочеиспускание, слабость и чувство тяжести в животе после еды. Около 2 лет назад впервые отметил замедление ходьбы, со временем стало трудно выполнять мелкую работу руками, вытирать ноги о половик, входить в общественный транспорт. Появилось пошатывание при ходьбе, учащенное мочеиспускание, быстро выросла общая слабость. При назначении леводопы первоначально отметил умеренный эффект, однако спустя 4 месяца эффект истощился. При осмотре: правильного телосложения, нормального питания, отмечается бледность кожных покровов, отеков нет. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, шумов нет, АД 100/60 мм рт.ст., ЧСС 82 в мин. Со слов – учащенное (каждые 1-1,5 часа) мочеиспускание. В неврологическом статусе: замедление горизонтальных следящих движений, горизонтальный нистагм, речь тихая, монотонная, с элементами скандирования, мышечный тонус в конечностях повышен по пластическому типу, преимущественно в дистальных отделах, D>S. Сухожильные рефлексы оживлены D>S. При ходьбе широко расставляет ноги. Выраженные затруднения при тандемной ходьбе. При обследовании: нейропсихологическое исследование не выявило существенных нарушений. По данным МРТ головы отмечается умеренная заместительная гидроцефалия, небольшой лейкоареоз, умеренное количество (до 10) очаговых изменений МР-сигнала размерами до 5 мм в водораздельных зонах, атрофия среднего мозга и мозжечка.	УК-1, ОПК-4. ОПК-5. ПК-1. ПК-3. ПК-3. ПК-5
	Инструкция: выберите один правильный ответ. 1. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести данному больному? А. КТ головы Б. ортостатическую пробу В. электронейромиографию Г. УЗИ черной субстанции Д. ангиографию. Ответ: Б.	ПК-1, ПК-2
	Инструкция: выберите один правильный ответ. 2. О наличии какого состояния свидетельствуют очаги в водораздельных зонах по данным МРТ головы? А. артериальной гипертензии Б. артериальной гипотензии В. дисциркуляторной энцефалопатии Г. демиелинизирующего заболевания Д. васкулита. Ответ: Б.	ПК-1, ПК-2

	<u>Инструкция:</u> выберите все правильные ответы: 3. Какие основные синдромы мы наблюдаем у данного пациента А. синдром паркинсонизма Б. синдром сенситивной атаксии В. синдром мозжечковой атаксии Г. пирамидный синдром Д. синдром вегетативной недостаточности Ответ: А, В, Г, Д.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите все правильные ответы: 4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать состояние данного больного? А. болезнь Паркинсона Б. прогрессирующий надъядерный паралич В. синдром Гийена-Барре Г. болезнь Гентингтона Д. опухоль мозга Ответ: А, Б.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите один правильный ответ. 5. Какой наиболее вероятный диагноз у данного пациента? А. болезнь Паркинсона Б. мультисистемная атрофия В. прогрессирующий надъядерный паралич Г. нормотензивная гидроцефалия Д. синдром Бредбери-Эглстона Ответ: Б.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите все правильные ответы: 6. Какие симптомы вегетативной недостаточности наблюдаются у данного больного? А. гастропарез Б. гиперактивный мочевой пузырь В. тахикардия покоя Г. ортостатическая гипотензия Д. постпрандиальная гипотензия Ответ: А, Б, Г, Д.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите все правильные ответы: 7. Какие методы необходимо применить для коррекции ортостатической гипотензии у данного больного? А. уменьшение потребления жидкости Б. увеличение потребления соли В. постельный режим Г. применение флудрокортизона Д. применение кофеина Ответ: Б, Г.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите один правильный ответ. 8. При наличии гипертензии в положении лежа у данного больного, препаратом выбора для ее коррекции является: А. верапамил Б. каптоприл В. амлодипин Г. лозартан Д. индапамид Ответ: В.	ПК-1, ПК-2

4	Больной К., 50 лет, обратился за консультацией в связи с приступом остро возникшего головокружения вращательного характера, тошноты, рвоты и неустойчивости. Кроме того, при расспросе пациент отмечал небольшую головную боль и нечеткость зрения. Заболел около 3-х часов назад, когда внезапно без видимых причин развились вышеописанные симптомы. В это время находился за рулем и из-за выраженного головокружения вынужден был остановиться. Через 10—15 минут после начала головокружения появилась рвота. Такое состояние продолжалось около 40 минут, после чего головокружение стало уменьшаться, рвота прекратилась и еще через 1—1,5 часа пациент смог снова вести машину и самостоятельно обратился за консультацией. Ранее подобных приступов головокружения никогда не было. В течение последних 10 лет пациент страдал артериальной гипертонией, по поводу которой нерегулярно принимал эналаприл 10 мг/сут и метопролол 25 мг/сут. При этом, по-видимому, лечение было малоэффективным: пациент редко измерял АД, однако если измерял, то почти всегда регистрировал высокие цифры как систолического, так и диастолического АД (180—200/90—110). Однако к врачам не обращался, предпочитая лечиться «натуральными средствами». При клиническом соматическом обследовании никаких отклонений от нормы, за исключением подъема АД до 190/100 мм рт.ст., выявлено не было (по дороге в поликлинику пациент принял 25 мг каптоприла). В неврологическом статусе: пациент в ясном сознании. Менингеальных симптомов не выявлено. Глазодвигательных нарушений нет. Отмечался слабый спонтанный правонаправленный горизонтальный нистагм. Нистагм выявлялся при взгляде прямо и усиливался при отведении взора вправо. При отведении глаз влево нистагм сохранял свое направление (то есть оставался правонаправленным), но интенсивность его заметно снижалась. Проба Хальмаги была отрицательной. Слух при ориентировочном исследовании нарушен не был. Чувствительность на лице также не была нарушена. Мимическая мускулатура в норме. Бульбарных и псевдобульбарных нарушений не выявлено. При исследовании мышечной силы парезов не выявлено. Сухожильные рефлексы живые, симметричные. Патологических стопных знаков выявлено не было. Чувствительных нарушений выявлено не было. При выполнении указательных проб отмечался легкий интенционный тремор при пальценосовой и пяточно-коленной пробах слева. Отмечалась выраженная неустойчивость: пациент не мог без посторонней помощи стоять и ходить. При попытке провести пробу Ромберга пациент падал вправо.	УК-1, ОПК-4. ОПК-5. ПК-1. ПК-3. ПК-3. ПК-5
	Инструкция: выберите один правильный ответ: Вопрос 1. Признаком вестибулярной дисфункции может служить: А. Нистагм Б. Неустойчивость в пробе Ромберга с отклонением в одну сторону В. Поворот в сторону при выполнении пробы Фукуда Г. Все вышеперечисленное Д. Ничего из вышеперечисленного Ответ: Г.	ПК-1, ПК-2

	<u>Инструкция:</u> выберите один правильный ответ: 2. Для периферической вестибулопатии характерно все, кроме: А. Горизонтально-ротаторный нистагм, не меняющий направление при перемене направления взора Б. Положительная проба Хальмаги В. Отрицательная проба Хальмаги Г. Зрительное подавление нистагма Д. Отклонение в одну сторону в пробе Ромберга Ответ: В.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите один правильный ответ: 3. Для дифференциальной диагностики центрального и периферического головокружения следует провести: А. Пробу Дикса-Холлпайка Б. Пробу МакКлюра-Пагини В. Пробу Хальмаги Г. Пробу Брандта-Дароффа Д. Ничего из вышеперечисленного Ответ: В.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите все правильные ответы: 4. На инсульт у больного с острым вестибулярным головокружением может указывать: А. Скрытое вертикальное расходящееся косоглазие Б. Зрительное подавление спонтанного нистагма В. Положительная проба Хальмаги Г. Отрицательная проба Хальмаги Д. Вертикально-торсионный нистагм в пробе Дикса-Холлпайка Ответ: А, Г.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите все правильные ответы: 5. Изолированное вестибулярное головокружение встречается при поражении: А. Вестибулярной части преддверно-улиткового нерва, Б. Клочка мозжечка В. Затылочной доли мозга Г. Лобной доли мозга Д. Узелка мозжечка Ответ: А, Б, Д.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите все правильные ответы: 6. При вестибулярном нейроните чаще всего поражается: А. Верхняя ветвь вестибулярного нерва Б. Нижняя ветвь вестибулярного нерва В. Ганглий Скарпа Г. Лабиринт Д. Вестибулярные ядра Ответ: А.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите все правильные ответы: 7. Для симптоматического лечения при вестибулярном нейроните назначают: А. Дименгидринат Б. Метоклопрамид В. Тиэтилперазин Г. Пирацетам Д. Мексидол	ПК-1, ПК-2

	Ответ: А, Б, В.		
	Инструкция: установите соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого буквенного компонента левой колонки выберите пронумерованный элемент правой колонки. Каждый пронумерованный элемент правой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран совсем. 8.		ПК-1, ПК-2
	Влияние на вестибулярную компенсацию при периферической вестибулопатии	Препарат, влияющий на концентрацию циклоспорина при одновременном назначении	
	А. ускоряют Б. замедляют	1. барбитураты 2. транквилизаторы 3. бетагистин 4. антигистаминные средства 5. препараты гинко билобы 6. кофеин 7. циннаризин	
	Ответ: А - 3, 5, 6; Б – 1, 2, 4, 7.		
	Инструкция: установите соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого буквенного компонента левой колонки выберите пронумерованный элемент правой колонки. Каждый пронумерованный элемент правой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран совсем. 9.		ПК-1, ПК-2
	Препарат, вызывающий побочные эффекты	Побочные эффекты	
	А. бетагистин Б. дименгидринат	1. сонливость 2. обострение гастрита 3. обострение бронхиальной астмы 4. запоры 5. снижение скорости реакции 6. замедление вестибулярной компенсации	
	Ответ: А - 2, 3; Б – 1, 4, 5, 6.		
	Инструкция: выберите один правильный ответ. 10. Наиболее вероятным диагнозом у больного было: А. Вестибулярный нейронит Б. Мозжечковый инсульт В. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение Г. Болезнь Меньера Д. Перилимфатическая фистула Ответ: Б.		ПК-1, ПК-2

5	Больная З., 44 лет, обратилась к неврологу с жалобами на повторяющиеся приступы головокружения в виде ощущения покачивания, режы вращения, окружающих предметов. Приступы головокружения начались около 3-х лет назад, всего было 8 приступов. Снижения слуха или шума в ушах не отмечает. Головокружение начинается внезапно, продолжается около часа и может сопровождаться тошнотой, редко рвотой. Во время приступа движения головой заметно усиливают головокружение, однако оно не прекращается и в покое. Также во время приступов пациентка отмечает повышенную чувствительность к свету и предпочитает находиться в затемненном помещении. После того, как приступ головокружения прекращается, еще в течение нескольких часов пациентка отмечает дискомфорт при движениях головой: возникает ощущение некоторого покачивания, неустойчивости предметов при поворотах головы. Во время четырех приступов головокружение сопровождалось головной болью, которая локализовалась преимущественно в одной половине головы, в области затылка и была пульсирующей. В период головной боли у пациентки сохраняется выраженная тошнота, но рвоты обычно не бывает. Головная боль возникала после начала головокружения, исподволь, так что точное время возникновения боли пациентка назвать затрудняется. На следующий день после приступа состояние полностью нормализуется. Пациентка считает, что приступы головокружения могут провоцироваться переменой погоды или стрессом. Головные боли возникают и вне приступов головокружения. Они беспокоят больную с 13-летнего возраста, имеют характер гемикрании, сопровождаются тошнотой, редко рвотой, светобоязнью, имеют пульсирующий характер и продолжаются от 1—2-х часов до 2-х суток. Подобные головные боли (но без головокружения) отмечались и у матери пациентки. При исследовании неврологического статуса в межприступный период очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Аудиометрическое обследование нарушений слуха не выявило. При вестибулометрии выявлены негрубые нарушения, свидетельствующие о дисфункции центральных вестибулярных структур (нарушение точности саккад по типу «недолет», расстройства плавных следящих движений глаз); признаков повреждения периферического отдела вестибулярной системы не выявлено. При МРТ головного мозга патологии не выявлено.	УК-1, ОПК-4. ОПК-5. ПК-1. ПК-3. ПК-3. ПК-5
	Инструкция: выберите один правильный ответ. 1. Наиболее частыми причинами вестибулярного головокружения бывает все, кроме: А. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение Б. Болезнь Меньера В. Перилимфатическая фистула Г. Вестибулярный нейронит Д. Вестибулярная мигрень Ответ: В.	ПК-1, ПК-2

	<u>Инструкция:</u> выберите один правильный ответ. 2. Наиболее вероятным диагнозом у больной может быть: А. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение Б. Болезнь Меньера В. Вестибулярная мигрень Г. Перилимфатическая фистула Д. Вестибулярная пароксизмия Ответ: В.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите один правильный ответ. 3. Возможной причиной вестибулярного головокружения при мигрени может быть: А. Распространяющаяся корковая депрессия Лео Б. Асимметричное высвобождение нейропептидов в стволе мозга В. Вазоспазм с последующей преходящей ишемией лабиринта Г. Все вышеперечисленное Д. Ничего из вышеперечисленного Ответ: Г.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите один правильный ответ. 4. Для профилактики приступов вестибулярной мигрени можно использовать все, кроме: А. Бета-адреноблокаторов Б. Антиконвульсантов В. Трициклических антидепрессантов Г. Метоклопрамида Д. Бетагистина Ответ: Д.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите все правильные ответы: 5. Для купирования приступа вестибулярной мигрени применяют А. Метоклопрамид Б. Дименгидринат В. НПВС Г. Бетагистин Д. Препараты Гинко билобы Ответ: А, Б, В.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите все правильные ответы: 6. Дифференциальной диагностике мигрени и болезни Меньера могут помочь: А. Анамнестические данные Б. Результаты аудиометрии В. Результаты МРТ Г. Позиционные пробы Д. Проба Хальмаги Ответ: А, Б.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите все правильные ответы: 7. Мигрень коморбидна следующим заболеваниям: А. Болезнь Меньера Б. Перилимфатическая фистула В. Вестибулярная пароксизмия Г. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение Д. Вестибулярный нейронит Ответ: А, Г.	ПК-1, ПК-2

	Инструкция: выберите все правильные ответы: 8. В межприступном периоде при вестибулярной мигрени иногда обнаруживают: А. Низкочастотную нейросенсорную тугоухость Б. Высокочастотную нейросенсорную тугоухость В. Позиционный нистагм Г. Нарушение плавных следящих движений глаз Д. Нарушение зрительных саккад Ответ: Б, В, Г, Д.		ПК-1, ПК-2				
	Инструкция: установите соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого буквенного компонента левой колонки выберите пронумерованный элемент правой колонки. Каждый пронумерованный элемент правой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран совсем. 9.		ПК-1, ПК-2				
	<table><tr><td>Заболевание</td><td>Клинические признаки</td></tr><tr><td>А. Вестибулярная мигрень Б. Болезнь Меньера</td><td>1. фото- и фонофобия во время приступа 2. снижение слуха, преимущественно на низких частотах 3. флюктуация слуховых расстройств 4.зрительная аура перед приступом головокружения 5. ощущение распирания в ухе 6.длительность приступа от 20 мин до 12 часов 5. длительность приступа от 5 мин до 72 часов</td></tr></table>	Заболевание	Клинические признаки	А. Вестибулярная мигрень Б. Болезнь Меньера	1. фото- и фонофобия во время приступа 2. снижение слуха, преимущественно на низких частотах 3. флюктуация слуховых расстройств 4.зрительная аура перед приступом головокружения 5. ощущение распирания в ухе 6.длительность приступа от 20 мин до 12 часов 5. длительность приступа от 5 мин до 72 часов		
Заболевание	Клинические признаки						
А. Вестибулярная мигрень Б. Болезнь Меньера	1. фото- и фонофобия во время приступа 2. снижение слуха, преимущественно на низких частотах 3. флюктуация слуховых расстройств 4.зрительная аура перед приступом головокружения 5. ощущение распирания в ухе 6.длительность приступа от 20 мин до 12 часов 5. длительность приступа от 5 мин до 72 часов						
	Ответ: А-1, 4, 7; Б – 2, 3, 5, 6.						
	Инструкция: установите соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого буквенного компонента левой колонки выберите пронумерованный элемент правой колонки. Каждый пронумерованный элемент правой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран совсем. 10.		ПК-1, ПК-2				
	<table><tr><td>Нистагм</td><td>Заболевание</td></tr><tr><td>А. Центральный Б. Периферический</td><td>1. Подавляется фиксацией взора 2. Меняет направление при перемене направления взора 3.Не меняет направления при перемене направления взора 4. Больше выражен в отводимом глазу 5. Вертикальный 6. Горизонтально-торсионный</td></tr></table>	Нистагм	Заболевание	А. Центральный Б. Периферический	1. Подавляется фиксацией взора 2. Меняет направление при перемене направления взора 3.Не меняет направления при перемене направления взора 4. Больше выражен в отводимом глазу 5. Вертикальный 6. Горизонтально-торсионный		
Нистагм	Заболевание						
А. Центральный Б. Периферический	1. Подавляется фиксацией взора 2. Меняет направление при перемене направления взора 3.Не меняет направления при перемене направления взора 4. Больше выражен в отводимом глазу 5. Вертикальный 6. Горизонтально-торсионный						
	Ответ: А – 2, 4, 5; Б – 1, 3, 6.						
6	Больной, К., 68 лет, обратился к неврологу в связи с развившимся 2 дня назад приступом кратковременного головокружения, которое сопровождалось небольшой тошнотой, онемением левой половины лица и правой руки. Приступ головокружения продолжался не более 5 минут и возник на работе на фоне стресса. Врач медпункта		УК-1, ОПК-4. ОПК-5. ПК-1. ПК-3. ПК-3. ПК-5				

осмотревший больного через 10 минут после начала головокружения отметил небольшую неловкость левой руки при выполнении координаторных проб и горизонтальный нистагм при взгляде влево. При повторном осмотре через час очаговой неврологической симптоматики не выявлялось. Во время головокружения отмечал небольшую тошноту, рвоты не было. АД через 30 мин после приступа — 160/100 мм рт.ст.

В течение недели, предшествующей этому приступу головокружения, пациент отмечал колебания АД с периодическими его повышениями до 180/110 мм рт. ст.

В анамнезе: В течение 20 лет страдает инсулинонезависимым сахарным диабетом, по поводу которого принимает метформин. Диету соблюдает не строго. Артериальная гипертензия в течение 10 лет. Адаптирован к АД 140/80 мм рт. ст. Периодически отмечает подъемы АД до 190/110 мм рт.ст. Принимает капотен нерегулярно. Ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения. Калькулезный холецистит. Холецистэктомия выполнена 8 лет назад. Рак предстательной железы. Диагностирован на ранней стадии. Оперирован 5 лет назад. Периодически проходит плановые урологические обследования. Последнее обследование прошел полгода назад.

Курит в течение 35 лет около 10 сигарет в сутки. Принимает алкоголь в небольших количествах (100—200 г вина) в среднем 1 раз в неделю.

При обследовании: Состояние удовлетворительное, повышенного питания, кожные покровы нормальной окраски, лицо несколько гиперемировано. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. Температура 37,0. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент II тона на аорте. Небольшой систолический шум над аортальным клапаном. АД 150/95 мм рт.ст. ЧСС 92 вмин, ритм синусовый, редкие (1—2 вмин) экстрасистолы.

В неврологическом статусе: в сознании, контактен, правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Зрачки округлые, D<S, фотореакции живые. Реакция зрачков на конвергенцию и аккомодацию в норме. Небольшой энофтальм справа. Поля зрения не сужены. Чуть сужена правая глазная щель. Движения глазных яблок в полном объеме, диплопии нет. Чувствительность на лице сохранена. Лицо симметричное. Мимические пробы выполняет симметрично. Слух в норме. Нистагма нет. Глоточный рефлекс повышен. Вызываются хоботковый, сосательный рефлекс, рефлекс Маринеску—Радовичи. Сила грудинно-ключично-сосцевидной мышцы не снижена. Язык по средней линии. Дизартрии не выявлено.

Парезов нет. Мышечный тонус не изменен. Сухожильные рефлекс равные, низкие. Ахилловы рефлекс не вызываются с двух сторон. Патологических стопных и кистевых рефлексов не выявлено. На руках и туловище чувствительность не нарушена. На ногах: дистальный тип расстройств болевой и вибрационной чувствительности (по типу "носков"). Пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет удовлетворительно. Дисметрии, дисдиадохокинеза не выявлено. В пробе Ромберга неустойчив при закрытии глаз. Несколько неустойчив, широко расставляет ноги при ходьбе.

В общем анализе крови — без патологии. Биохимический анализ крови: АЛТ 28,1 Ед/л, АСТ 16,8 Ед/л, общий белок 72,4 г/л, билирубин

	общий 6,0 ммоль/л, глюкоза 8,35 ммоль/л, мочеви́на 9,33 ммоль/л, креатинин 142,4 ммоль/л, холестерин 6,65 ммоль/л.	
	<u>Инструкция:</u> выберите один правильный ответ. 1. Наиболее вероятной причиной вестибулярного головокружения было: А. Ишемия центральных отделов вестибулярной системы Б. Эндолимфатический гидропс В. Каналолитиаз Г. Корковая депрессия Лео Д. Объемное образование задней черепной ямки Ответ: А.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите один правильный ответ. 2. Отличительной особенностью центрального головокружения является: А. Вращательный характер Б. Кратковременность В. Сочетание с другими очаговыми неврологическими симптомами Г. Отсутствие тошноты и рвоты Д. Позиционный характер Ответ: В.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите один правильный ответ. 3. Неустойчивость при ходьбе наиболее вероятно обусловлена: А. Вестибулярной атаксией Б. Мозжечковой атаксией В. Лобной дисбазией Г. Подкорковой дисбазией Д. Сенситивной атаксией Ответ: Д.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите один правильный ответ. 4. Отличительной особенностью сенситивной атаксии бывает: А. Сочетание с интенционным тремором Б. Усиление неустойчивости на улице, в людных местах В. Сочетание с гипокинезией, мышечной ригидностью Г. Усиление в темноте, при недостаточном освещении Д. Сочетание с вестибулярным головокружением Ответ: Г.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите один правильный ответ. 5. Наиболее вероятным диагнозом может быть: А. Ассоциированная мигрень Б. Поздняя мозжечковая атаксия В. Транзиторная ишемическая атака в вертебрально-базилярной системе Г. Дисциркуляторная энцефалопатия Д. Вестибулярный нейронит Ответ: В.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите один правильный ответ. 6. Сужение правого зрачка, опущение верхнего века справа и энофтальм справа могут быть обусловлены: А. Повреждением правого глазодвигательного нерва Б. Повреждением правого отводящего нерва В. Синдромом верхней глазничной щели справа	ПК-1, ПК-2

	Г. Нарушением симпатической иннервации правого глаза Д. Синдромом Аргайла-Робертсона Ответ: Г.															
	Инструкция: выберите все правильные ответы: 7. Для вестибулярной атаксии характерны следующие отличительные черты А. Отклонение при ходьбе в одну сторону Б. Сочетание с головокружением вращательного характера В. Наличие нистагма Г. Сочетание с полиневропатией Д. Ходьба мелкими шажками Ответ: А, Б, В.	ПК-1, ПК-2														
	Инструкция: выберите все правильные ответы: 8. Тактика лечения включает: А. Антиагреганты Б. Коррекция уровня глюкозы В. Нейрохирургическое вмешательство Г. Коррекция гипотензивной терапии Д. Антикоагулянты Ответ: А, Б, Г.	ПК-1, ПК-2														
	Инструкция: выберите все правильные ответы: 9. Наиболее информативными могут быть следующие инструментальные исследования: А. УЗ дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий Б. Битермальная калорическая проба В. МРТ головного мозга Г. Электроэнцефалография Д. Реоэнцефалография Ответ: А, В.	ПК-1, ПК-2														
	Инструкция: установите соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого буквенного компонента левой колонки выберите пронумерованный элемент правой колонки. Каждый пронумерованный элемент правой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран совсем. 10.	ПК-1, ПК-2														
	<table><tr><td>Состояние</td><td>Клинические признаки</td><td></td></tr><tr><td>А. Периферическое головокружение</td><td>1. Часто сочетается с нарушением слуха</td><td rowspan="5"></td></tr><tr><td>Б. Центральное головокружение</td><td>2. Может сопровождаться вертикальным нистагмом</td></tr><tr><td></td><td>3. Обычно сопровождается очаговыми неврологическими симптомами, вызванными повреждением ствола мозга или мозжечка</td></tr><tr><td></td><td>4. Может сопровождаться монокулярным нистагмом</td></tr><tr><td></td><td>5. Может сопровождаться горизонтально-торсионным нистагмом</td></tr></table>	Состояние	Клинические признаки		А. Периферическое головокружение	1. Часто сочетается с нарушением слуха		Б. Центральное головокружение	2. Может сопровождаться вертикальным нистагмом		3. Обычно сопровождается очаговыми неврологическими симптомами, вызванными повреждением ствола мозга или мозжечка		4. Может сопровождаться монокулярным нистагмом		5. Может сопровождаться горизонтально-торсионным нистагмом	
Состояние	Клинические признаки															
А. Периферическое головокружение	1. Часто сочетается с нарушением слуха															
Б. Центральное головокружение	2. Может сопровождаться вертикальным нистагмом															
	3. Обычно сопровождается очаговыми неврологическими симптомами, вызванными повреждением ствола мозга или мозжечка															
	4. Может сопровождаться монокулярным нистагмом															
	5. Может сопровождаться горизонтально-торсионным нистагмом															
	Ответ: А - 1, 5; Б - 2, 3, 4.															

7	Пациент Л., 71 года, обратился на амбулаторный прием к неврологу с жалобами на головокружение в виде неустойчивости стоя и при ходьбе. Сидя и лежа головокружение пациента не беспокоило. Заболел около 3—4-х месяцев назад, когда на фоне антибиотикотерапии по поводу пневмонии появилась выраженная неустойчивость. Она не прогрессировала, но и не уменьшалась: резко замедлился темп ходьбы, двигался менее уверенно, шаг стал неровным, шире ставил ноги при ходьбе. За время болезни трижды падал без видимых причин. Приступов вестибулярного головокружения у пациента не было. В анамнезе в течение многих лет артериальная гипертония. Антигипертензивные препараты (терапевтом по месту жительства пациенту назначен лизиноприл и индапамид) принимает нерегулярно. АД как правило колеблется около 170/90—95 мм рт.ст., но временами бывают подъемы до 190—210 мм рт.ст. Пациент, как правило, не замечает повышение АД, а если при случайном измерении обнаруживает повышение больше привычных цифр, принимает лизиноприл или нифедипин. 5 лет назад пациент перенес инфаркт миокарда, после которого помимо антигипертензивной терапии был рекомендован прием аспирина 100 мг/сут (пациент принимает препарат через день), бисопролол (препарат принимает от случая к случаю) и изосорбида мононитрат, который принимает регулярно в дозе 20 мг 1 раз в день. Пациент в течение многих лет курил, но после инфаркта миокарда курить бросил. С жалобами на головокружение пациент обращался к терапевту по месту жительства. Учитывая жалобы на головокружение состояние больного было расценено терапевтом как проявление вертебрально-базилярной недостаточности и рекомендовано лечение у невролога. По назначению невролога пациент многократно проходил курсы вазоактивных и ноотропных препаратов, в том числе внутривенно в условиях дневного стационара, однако существенного эффекта от лечения не отмечал. При соматическом обследовании во время амбулаторного приема выявлено повышение АД до 180/95 мм рт.ст., отмечена пастозность голеней, небольшой цианоз губ. В неврологическом статусе определяется рассеянная очаговая неврологическая симптоматика в виде симптомов орального автоматизма, повышения глоточных рефлексов, дизартрии, небольшой анизорефлексии с акцентом справа, повышения мышечного тонуса по пластическому типу. Кроме того, отмечены легкие когнитивные нарушения в виде снижения балла по Краткой шкале оценки психического статуса до 26. Критика к своему состоянию несколько снижена. При нейровестибулярном исследовании нистагма не выявлено, в том числе в условиях отсутствия фиксации взора в темноте, под контролем видеонистагмографии), тест Хальмаги положительный с обеих сторон, проба с встряхиванием головы и позиционные пробы отрицательные. В пробе Ромберга пациент неустойчив; с закрытыми глазами неустойчивость усиливается. В усложненной пробе Ромберга стоять не может. Походка неустойчивая, с широко расставленными ногами, осторожная.	УК-1, ОПК-4. ОПК-5. ПК-1. ПК-3. ПК-3. ПК-5
---	---	---

	При параклиническом обследовании в анализе крови выявлена гиперлипидемия с повышением уровня общего холестерина до 6,7 ммоль/л и ЛПНП до 3,9 ммоль/л. При УЗ дуплексном сканировании брахиоцефальных артерий выявлен гемодинамически незначимый стеноз левой ВСА до 45% и правой ВСА до 30%. При МРТ головного мозга выявлены многочисленные очаги в перивентрикулярном белом веществе головного мозга, лейкоареоз.	
	<u>Инструкция:</u> выберите один правильный ответ. 1. Назовите наиболее вероятную причину неустойчивости у этого пациента: А. Прием ототоксических препаратов Б. Вертебрально-базилярная недостаточность В. Дисметаболические расстройства с развитием сенситивной атаксии Г. Перенесенный вестибулярный нейронит Д. Лейкоареоз Ответ: А.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите один правильный ответ. 2. Вестибулярная компенсация может ускоряться под воздействием всего, кроме: А. Вестибулярной гимнастики Б. Бетагистина В. Препаратов Гинко билобы Г. Кофеина Д. Кортикостероидов Ответ: Д.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите один правильный ответ. 3. Для подтверждения периферической вестибулярной гипорефлексии наиболее информативна: А. Проба Дикса-Холлпайка Б. Проба Хальмаги В. Проба МакКлюра-Пагнини Г. Проба Ромберга Д. Проба Фукуда Ответ: Б.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите один правильный ответ. 4. Среди инструментальных методов исследования наиболее информативным в отношении периферической вестибулярной гипорефлексии является: А. Магнитно-резонансная терапия Б. Электрокохлеография В. Битермальная калорическая проба Г. Стабилометрия Д. Акустические стволовые вызванные потенциалы Ответ: В.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите один правильный ответ. 5. Вестибулярная компенсация при двусторонней вестибулопатии в среднем наступает через: А. 1-1,5 месяца Б. Полгода В. Несколько лет Г. 3-4 месяца Д. 6-8 месяцев	ПК-1, ПК-2

	Ответ: В.		
	Инструкция: выберите все правильные ответы: 6. К препаратам с ототоксическим действием относятся: А. Аминогликозиды Б. Пирацетам В. Петлевые диуретики Г. Аспирин Д. Препараты платины Ответ: А, В, Г, Д.		ПК-1, ПК-2
	Инструкция: выберите все правильные ответы: 7. Лечение двусторонней вестибулопатии складывается из: А. Вазоактивных и ноотропных средств Б. Транскраниальной магнитной стимуляции В. Вестибулярной гимнастики Г. Препаратов, стимулирующих вестибулярную компенсацию Д. Мануальной терапии, остеопатии Ответ: В, Г.		ПК-1, ПК-2
	Инструкция: выберите все правильные ответы: 8. Двусторонняя вестибулопатия проявляется А. Болью в ушах Б. Снижением слуха В. Осциллопсией Г. Неустойчивостью при ходьбе Д. Вестибулярным головокружением Ответ: В, Г.		ПК-1, ПК-2
	Инструкция: выберите все правильные ответы: 9. Для дисциркуляторной энцефалопатии характерна: А. Лобная дисбазия Б. Когнитивные нарушения В. Вестибулярная атаксия Г. Прогрессирующее течение Д. Снижение слуха Ответ: А, Б, Г.		ПК-1, ПК-2
	Инструкция: установите соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого буквенного компонента левой колонки выберите пронумерованный элемент правой колонки. Каждый пронумерованный элемент правой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран совсем. 10.		ПК-1, ПК-2
	Состояние	Клинические признаки	
	А. Вестибулярная атаксия Б. Лобная дисбазия	1. Развивается после приема 2. ототоксических средств 3. Сочетается с положительной пробой Хальмаги 4. Обычно сопровождается рассеянной очаговой неврологической симптоматикой 5. Сочетается с отрицательной пробой Хальмаги 6. Сочетается с когнитивными нарушениями	

	Ответ: А - 1, 2; Б - 3, 4, 5.	
8	Больная М., 44 лет, обратилась к неврологу с жалобами на кратковременные приступы головокружения в виде ощущения вращения окружающих предметов. Головокружение продолжается несколько секунд. В течение суток бывает несколько таких приступов. В межприступный период головокружения не отмечает, однако при ходьбе в случае резкого поворота головы в сторону иногда появляется кратковременное чувство потери равновесия. Приступы головокружения провоцируются запрокидыванием головы, поворотами в постели. Кроме того, беспокоит боль в шее, усиливающаяся при поворотах головы, особенно вправо. Из анамнеза известно, что головокружение вышеописанного характера впервые возникло около 2-х месяцев назад. Головокружению предшествовало падение на улице (поскользнулась на льду). При этом упала на спину, ударилась затылком, однако сознания не теряла, тошноты и рвоты не было. К врачам не обращалась, не лечилась, а приступы головокружения самостоятельно прекратились в течение одной недели. Головокружение вновь появилось 2 недели назад, причем стало более интенсивным. За прошедшие 2 недели характер приступов не поменялся. В анамнезе: артериальная гипертония в течение 5 лет, мочекаменная болезнь, язвенная болезнь 12-перстной кишки. При обследовании: состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Температура 36,8. АД 160/90 мм рт.ст. ЧСС 90 в мин. В неврологическом статусе: в сознании, контактна, правильно ориентирована в месте, времени и собственной личности. Зрачки равные, фотореакции живые. Реакция зрачков на конвергенцию и аккомодацию в норме. Поля зрения не сужены. Чуть уже левая глазная щель. Движения глазных яблок в полном объеме, диплопии нет. Чувствительность на обеих половинах лица сохранена. Лицо симметричное. Мимические пробы выполняет симметрично. Спонтанного нистагма нет. Слух в норме. Глоточный рефлекс в норме. Симптомы орального автоматизма отрицательны. Сила грудинно-ключично-сосцевидной мышцы не снижена. Язык по средней линии. Дизартрии не выявлено. Парезов нет. Мышечный тонус не изменен. Сухожильные рефлексы равные. Патологических стопных и кистевых рефлексов не выявлено. Нарушений глубокой и поверхностной чувствительности не выявлено. Пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет удовлетворительно. Дисметрии, дисдиадохокинеза не выявлено. В пробе Ромберга устойчива. Походка: не изменена. Общий анализ крови: Лейкоциты (WBC) $8.1 \cdot 10^9/\text{л}$ Эритроциты (RBC) $4.15 \cdot 10^{12}/\text{л}$ Гемоглобин (HGB) 14.6 г/дл Тромбоциты (PLT) $327 \cdot 10^9/\text{л}$ Нейтрофилы палочкоядерные 5 % Нейтрофилы сегментоядерные 49 % Лимфоциты 36 % Моноциты 6 % Эозинофилы 4 % Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) 10 мм/час Клинический анализ мочи: цвет соломенно-желтый Прозрачность неполная Плотность 1,030 г/мл pH 5,0 Нитриты отсутствуют - отсутствуют Белок 0,066 г/л Глюкоза отсутствует Кетоновые тела отсутствуют Уробилиноиды < 17 мкмоль/л Микроскопическое	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5

	исследование осадка Эпителий единичный клеток в п/зр Лейкоциты 5—6 клеток в п/зр Эритроциты отсутствуют. Цилиндры - в п/зр единичные гиалиновые Бактерии отсутствуют Грибки дрожжевые отсутствуют Простейшие отсутствуют. Биохимический анализ крови: без особенностей.	
	<u>Инструкция:</u> выберите один правильный ответ. 1. К какому синдрому относится это головокружение А. Спонтанное впервые возникшее вестибулярное головокружение. Б. Спонтанное рецидивирующее вестибулярное головокружение В. Хроническое головокружение Г. Рецидивирующее позиционное головокружение Д. Невестибулярное головокружение Ответ :Г.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите один правильный ответ. 2. Самая частая причина рецидивирующего позиционного головокружения А. Цервикогенное головокружение Б. Болезнь Меньера В. Вестибулярная мигрень Г. Рассеянный склероз Д. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение Ответ: Д.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите один правильный ответ. 3. Обследование, которое необходимо провести в первую очередь при позиционном головокружении А. УЗ дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий Б. МРТ головного мозга В. Позиционная проба (Дикса-Холлпайка, МакКлюра-Пагини) Г. Аудиометрия Д. Электроэнцефалография Ответ: В.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите один правильный ответ. 4. Лечение доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения: А. Бетагистин Б. Вазоактивные и ноотропные средства В. Массаж шейно-воротниковой области, электротерапия Г. Лечебные репозиционные маневры Д. Мануальная терапия и остеопатия Ответ: Г.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите все правильные ответы: 5. Причинами доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения бывают: А. Черепно-мозговая травма Б. Вестибулярный нейронит В. Церебральный атеросклероз Г. Деформирующий спондилез шейного отдела позвоночника Д. Инсульт в вертебрально-базилярной системе Ответ: А, Б.	ПК-1, ПК-2

<u>Инструкция:</u> выберите все правильные ответы: 6. При каких заболеваниях встречается позиционное головокружение А. Отолитиаз (канало- или купулолитиаз) Б. Объемные образования в области задней черепной ямки В. Гемодинамически значимые стенозы брахиоцефальных артерий Г. Вестибулярная мигрень Д. Вестибулярный нейронит Ответ: А, Б, Г.		ПК-1, ПК-2
<u>Инструкция:</u> выберите все правильные ответы: 7. Основными теориями патогенеза доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения являются: А. Теория каналолитиаза Б. Сосудистая теория В. Теория купулолитиаза Г. Нейрометаболическая теория Д. Теория цервикогенного головокружения Ответ: А, В.		ПК-1, ПК-2
<u>Инструкция:</u> выберите все правильные ответы: 8. При каналолитиазе заднего полукружного канала применяют: А. Маневр Эпли Б. Маневр Лемперта В. Маневр Семонта Г. Маневр Вануччи Д. Упражнения Брандта-Дароффа Ответ: А, В, Д.		ПК-1, ПК-2
<u>Инструкция:</u> выберите все правильные ответы: 9. Маневр Эпли эффективен при: А. Каналолитиазе правого заднего полукружного канала Б. Каналолитиазе левого заднего полукружного канала В. Каналолитиазе правого горизонтального полукружного канала Г. Каналолитиазе левого горизонтального полукружного канала Д. Центральном позиционном головокружении Ответ: А, Б.		ПК-1, ПК-2
<u>Инструкция:</u> установите соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого буквенного компонента левой колонки выберите пронумерованный элемент правой колонки. Каждый пронумерованный элемент правой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран совсем. 10.		ПК-1, ПК-2
Состояние	Клинические признаки	

	А. Позиционный нистагм при ДППГ Б. Центральный позиционный нистагм	1. Имеет латентный период 2. Длительно не затухает 3. Обычно прекращается в течение 20 - 40 сек 4. Уменьшается при повторении позиционной пробы 5. Может сочетаться с появлением других очаговых неврологических симптомов 6. Не имеет латентного периода 7. Может частично подавляться фиксацией взора 8. Не меняется при фиксации взора		
	Ответ: А - 1, 3, 4, 7; Б - 2, 5, 6, 8.			
9	Пациент М., 54 лет, обратился на амбулаторный прием к неврологу с жалобами на повышение АД, сопровождающееся головокружением в виде ощущения неустойчивости, покачивания земли под ногами, «толчков в сторону» при ходьбе. Из анамнеза известно, что 3 года назад внезапно развился эпизод интенсивного вестибулярного головокружения с тошнотой и рвотой. Головокружение наблюдалось при любом положении тела, значительно усиливаясь при малейшем движении и продолжалось несколько часов. Головокружение сопровождалось выраженной неустойчивостью. При обследовании установлено повышение АД до 230/140 мм рт. ст. (ранее у пациента отмечались подъемы АД до 160–170/100 мм рт. ст., но он чувствовал себя хорошо, антигипертензивные средства не принимал). Пациент госпитализирован в больницу с диагнозом: «Гипертоническая болезнь 2-й стадии, обострение. Гипертонический церебральный криз. Церебрально-сосудистый криз по вестибулярному типу. Остеохондроз позвоночника». Проводилось лечение антигипертензивными средствами, вазоактивными и ноотропными препаратами. Самочувствие больного постепенно улучшалось в течение 2 недель, головокружение уменьшилось, но сохранялась умеренная неустойчивость и дискомфорт при резких поворотах головы в виде ощущения покачивания, нестабильности окружающих предметов. АД стабилизировалось на уровне 140–150/90 мм рт. ст. После выписки из больницы пациент в течение 1—2-х месяцев отмечал неустойчивость при ходьбе, которая постепенно уменьшалась. К концу второго месяца походка полностью нормализовалась, исчезла осциллопия, однако ощущение неуверенности при ходьбе, особенно на улице или в метро, сохранялось. Пациент называл эти ощущения субъективной неустойчивости головокружением и по рекомендации невролога принимал препараты вазоактивного и ноотропного действия, но без существенного эффекта. В мае 2005 г., т.е. через год после первого приступа, головокружение усилилось, и пациент был госпитализирован в неврологическое отделение с диагнозом: «Цереброваскулярное заболевание. Хроническая ишемия мозга на фоне атеросклероза, гипертонической болезни 2-й ст. Дорсопатия шейного отдела позвоночника, вертебрально-базилярная недостаточность». В период лечения		ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5	

	состояние улучшилось, однако продолжало беспокоить периодическое ощущение головокружения и неустойчивости, которое возникало и усиливалось преимущественно при ходьбе. При обследовании: Состояние удовл. АД 140/80 мм рт.ст. ЧСС 78 вмин, ритм синусовый. При неврологическом исследовании очаговых неврологических симптомов не выявлено. При провокационных пробах головокружение не возникало (ортостатическая проба, позиционные проба). Пациент был устойчив в пробе Ромберга с открытыми и закрытыми глазами, походка не была нарушена, в том числе с закрытыми глазами, фланговая и тандемная. При исследовании нистагма, проведении пробы Хальмаги и теста Фукуда отклонений от нормы выявлено не было. Плавные следящие движений глаз и рандомизированные зрительные саккады изменены не были. Оптикинети́ческий нистагм в норме. В тесте с встряхиванием головы под контролем видеонистагмографии отмечался непродолжительный (около 10 секунд), но отчетливый правонаправленный горизонтальный нистагм, а при отокалоризации была выявлена левосторонняя периферическая вестибулярная гипорефлексия с асимметрией до 35%. При дуплексном сканировании сонных, позвоночных и подключичных артерий гемодинамически значимых стенозов не выявлено. При МРТ головного мозга обнаружены умеренные проявления субкортикального и перивентрикулярного лейкоареоза. При оценке эмоционального состояния у пациента выявлена повышенная тревожность, пониженное настроение.	
	<u>Инструкция:</u> выберите один правильный ответ. 1. Головокружение в дебюте заболевания можно расценить как: А. Спонтанное впервые возникшее вестибулярное головокружение. Б. Спонтанное рецидивирующее вестибулярное головокружение В. Хроническое головокружение Г. Рецидивирующее позиционное головокружение Д. Невестибулярное головокружение Ответ: А.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите один правильный ответ. 2. Наиболее частой причиной нерецидивирующего спонтанного головокружения бывает: А. Инсульт в вертебрально-базилярной системе Б. Болезнь Меньера В. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение Г. Вестибулярный нейронит Д. Вестибулярная мигрень Ответ: Г.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите один правильный ответ. 3. Вестибулярный нейронит предположительно вызывается А. Вирусом кори Б. Вирусом простого герпеса 1 типа В. Вирусом Эпштейна-Барр Г. Вирусом herpeszoster Д. Вирусом Коксаки Ответ: Б.	ПК-1, ПК-2

	<u>Инструкция:</u> выберите один правильный ответ. 4. Продолжительность назначения вестибулярных супрессантов и противорвотных препаратов при остром вестибулярном нейроните должна ограничиваться: А. 1-3 днями Б. 1 неделей В. 4-5 днями Г. 2 неделями Д. 3 неделями Ответ: А.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите один правильный ответ. 5. Предположите наиболее вероятный диагноз: А. Хронический вестибулярный нейронит Б. Болезнь Меньера В. Вестибулярный нейронит, осложнившийся психогенным головокружением Г. Дисциркуляторная энцефалопатия Д. Вертебрально-базилярная недостаточность Ответ: В.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите все правильные ответы: 6. Наиболее распространенными осложнениями вестибулярного нейронита бывают: А. Инсульт в вертебрально-базилярной системе Б. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение В. Болезнь Меньера Г. Психогенное головокружение Д. Нейросенсорная тугоухость Ответ: Б, Г.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите все правильные ответы: 7. Лечение вестибулярного нейронита в острейшем периоде складывается из: А. Вестибулярных супрессантов Б. Вазоактивных средств В. Ноотропных средств Г. Противорвотных препаратов Д. Противовирусных препаратов Ответ: А, Г.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите все правильные ответы: 8. Вестибулярную компенсацию при вестибулярном нейроните замедляют: А. Вестибулярные супрессанты Б. Седативные средства В. Транквилизаторы Г. Кортикостероиды Д. Фенотиазины Ответ: А, Б, В, Д.	ПК-1, ПК-2
	<u>Инструкция:</u> выберите все правильные ответы: 9. Для психогенного головокружения характерно: А. Начало после острого эпизода (например, приступа вестибулярного головокружения, панической атаки, обморока) Б. Сочетание с очаговой неврологической симптоматикой В. Усиление в определенных ситуациях (людные места, на высоте, в	ПК-1, ПК-2

	замкнутых помещениях и т.д.) Г. Уменьшение при физической нагрузке Д. Частые падения Ответ: А, В, Г.					
	Инструкция: установите соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого буквенного компонента левой колонки выберите пронумерованный элемент правой колонки. Каждый пронумерованный элемент правой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран совсем. 10.	ПК-1, ПК-2				
	<table><tr><td>Состояние</td><td>Клинические признаки</td></tr><tr><td>А. Психогенное головокружение Б. Вестибулярная атаксия</td><td>1. Сопровождается нистагмом 2. Сопровождается отклонением в одну сторону при ходьбе 3. Уменьшается при физической нагрузке 4. Уменьшается при приеме алкоголя 5. Усиливается при приеме алкоголя</td></tr></table>	Состояние	Клинические признаки	А. Психогенное головокружение Б. Вестибулярная атаксия	1. Сопровождается нистагмом 2. Сопровождается отклонением в одну сторону при ходьбе 3. Уменьшается при физической нагрузке 4. Уменьшается при приеме алкоголя 5. Усиливается при приеме алкоголя	
Состояние	Клинические признаки					
А. Психогенное головокружение Б. Вестибулярная атаксия	1. Сопровождается нистагмом 2. Сопровождается отклонением в одну сторону при ходьбе 3. Уменьшается при физической нагрузке 4. Уменьшается при приеме алкоголя 5. Усиливается при приеме алкоголя					
	Ответ: А - 3, 4; Б - 1, 2, 5					

4.3 Ситуационные задачи для собеседования

№	Содержание задачи	Индексы проверяемых компетенций
1.	Больная А., 40 лет. Предъявляет жалобы на дрожание в правой руке, возникающее при волнении, замедленность движений в правой руке, мышечные боли в правом плече. Считает себя больной в течение около 6 месяцев. Ранее дрожания не замечала. В детстве болела желтухой. Семейный анамнез отягощен: артериальная гипертензия и сахарный диабет 2 типа у матери, стенокардия напряжения и эссенциальный тремор у отца. Объективно: контактна, критична к своему состоянию. АД 120/70, ЧСС=64 в мин. По органам и системам без особенностей. В неврологическом статусе: легкая гипомимия. Движение глазных яблок в достаточном объеме, нистагма нет. Глотание не нарушено, легкая гипофония. Рефлексы D=S. Патологических стопных и кистевых знаков не выявлено. Повышение мышечного тонуса в правых конечностях по пластическому типу. Парезов нет. Чувствительность сохранена. Тремор покоя в правой руке по типу «скатывания пиллюль». Пробы на гипокинезию положительные в правой руке и ноге. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчива. Ахейрокинез справа. Микрография.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5
	Вопрос 1. Предположите наиболее вероятный диагноз? Ответ: Болезнь Паркинсона.	ПК-1, ПК-2
	Вопрос 2. Какое обследование необходимо провести больному в обязательном порядке? Ответ. анализ крови на церулоплазмин	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Вопрос 3. Какую тактику лечения данного больного Вы выберете? Ответ. агонисты дофаминовых рецепторов	ПК-1, ПК-2

	Вопрос 4. Назовите облигатный симптом паркинсонизма? Ответ. гипокинезия.	ОПК-5, ПК-2
	Вопрос 5. Какие изменения на снимках МРТ головного мозга наиболее вероятно могут быть обнаружены у данной пациентки? Ответ. Отсутствие патологических изменений по данным МРТ головного мозга.	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
2	Больной Н., 62 лет обратился к врачу с жалобами на головокружение, потемнение перед глазами, постоянную слабость и усталость, утренние головные боли. Накануне отмечалась кратковременная потеря сознания при резком подъеме с кровати. После данного эпизода испытывал слабость и сонливость. Кроме того, пациент наблюдается у уролога по поводу учащенного ночного мочеиспускания, императивных позывов на мочеиспускание с диагнозом «хронический простатит», принимает троспия хлорид 5 мг 2 раза в день с положительным эффектом. Объективно: контактен, в месте, времени и собственной личности ориентирован. АД 95/50, ЧСС=74 в мин. По органам и системам без особенностей. В неврологическом статусе симптомов очагового поражения ЦНС не выявлено.	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Вопрос 1. Для какого синдрома наиболее характерно данное описание клинических симптомов? Ответ: Ортостатическая гипотензия.	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Вопрос 2. Какой метод диагностики необходимо применить в данном случае? Ответ: Ортостатическая проба.	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Вопрос 3. Какое немедикаментозное лечение показано больному? Ответ: диета с повышенным содержанием соли, умеренные физические нагрузки, повышенное употребление жидкости, дробное питание.	ОПК-5, ПК-2
	Вопрос 4. Больному можно рекомендовать следующее медикаментозное лечение? Ответ: флудрокортизон.	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Вопрос 5. Наиболее вероятный диагноз у данного больного? Ответ: Синдром Бредбери-Эгглстона	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
3.	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 врачу с жалобами на слабость, выраженную одышку, повышенное потоотделение, головокружение, колебания артериального давления. Объективно: состояние средней тяжести, в сознании, ориентирована. АД 155/95, ЧСС=88 в мин., ЧДД до 40 в мин. В неврологическом статусе: Менингеальных знаков нет. ЧМН интактны. Глотание не нарушено, дизартрии нет. Рефлексы с рук снижены, D=S, с ног – не вызываются. Сила в конечностях достаточная, мышечный тонус не изменен, пирамидных знаков нет. Отмечается снижение поверхностной чувствительности в ногах по типу носков. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5
	Вопрос 1. Какое обследование необходимо провести данной пациентке в первую очередь?	ОПК-4, ОПК-5, ПК-

	Ответ: электрокардиография	1, ПК-2
	Вопрос 2. Какие осложнения сахарного диабета могут быть причиной жалоб у данной пациентки? Ответ: полиневропатия	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Вопрос 3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для верификации диагноза? Ответ: электронейромиография, холтеровское мониторирование ЭКГ, тест на дыхательную аритмию, ортостатическая проба	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Вопрос 4. Какие симптомы вегетативной недостаточности чаще всего встречаются при сахарном диабете? Ответ: тахикардия покоя, ортостатическая гипотензия, безболевая ишемия миокарда.	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Вопрос 5. Какую тактику лечения необходимо выбрать для данной пациентки? Ответ: подбор терапии для нормализации уровня глюкозы, симптоматическая терапия, назначение витамина В1, применения тиоктовой кислоты	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
4	Пациент К., 73 лет в течение 10 лет страдает от болезни Паркинсона, основные жалобы – скованность, дрожание в покое в обеих руках, больше справа, уменьшение времени действия дофаминергических средств, непроизвольные движения, возникающие через час после приема препаратов леводопы, боли в нижней части спины, частое ночное и дневное мочеиспускание, иногда – недержание мочи. Объективно: контактен, в месте, времени и собственной личности ориентирован. АД 100/60, ЧСС=74 в мин. По органам и системам без особенностей. В неврологическом статусе (осмотр через 4 часа после приема последней дозы леводопы): Менингеальных знаков нет. ЧМН интактны. Глотание не нарушено, дизартрии нет. Рефлексы живые, D=S. Сила в конечностях достаточная, мышечный тонус изменен по пластическому типу, пирамидных знаков нет. Отмечается тремор покоя в обеих руках, больше справа. Чувствительных нарушений нет. Симптом натяжения отрицательные. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В пробе на постуральную устойчивость – равновесие не удерживает.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5
	Вопрос 1. Какой вариант нарушений мочеиспускания наблюдается у данного больного? Ответ: гиперрефлексия детрузора	ПК-1, ПК-2
	Вопрос 2. Какие дополнительные обследования необходимо назначить данному пациенту для решения вопроса о терапии нарушений мочеиспускания? Ответ: УЗИ мочевого пузыря с измерением остаточной мочи	ПК-1, ПК-2
	Вопрос 3. Какой метод лечения необходимо применить данному больному для коррекции нарушений мочеиспускания? Ответ: применение антихолинэргических препаратов	ПК-1, ПК-2
	Вопрос 4. Какие еще симптомы вегетативной недостаточности мы ожидаем увидеть у данного больного? Ответ: запоры, сухость во рту, ортостатическую гипотензию	ПК-1, ПК-2
	Вопрос 5. Какой препарат можно назначить данному больному после дообследования? Ответ: тропсия хлорид	ПК-1, ПК-2
5.	Молодой человек 36 лет, поступил в районную ЦРБ после падения.	ОПК-4,

	Жалобы на головную боль, нарушение памяти на факт травмы, и частично время после до и после перенесенного повреждения, выраженную слабость. Со слов родственников и больного около 1 часа назад, пациент катаясь на коньках упал, ударился головой об лед, через 2-3 минуты пришел в сознание, была однократная рвота. Однако при расспросе факт травмы и как попал в стационар не помнит, приблизительно амнезирует около 40 минут после падения. Объективно -. Гипергидроз ладоней и стоп. ЧСС 82 уд. в мин. АД 130/80 мм.рт. ст. Неврологический статус- Сознание ясное. ШКГ 156. На вопросы отвечает, инструкции выполняет. Менингеальных знаков нет. Зрачки округлой формы, равные. Движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Фотореакции живые. Лицо симметрично. Язык по средней линии. Парезов нет. Тонус мышц не изменен. Сухожильные и периостальные рефлексы живые, D=S. Патологические рефлексы отсутствуют. Чувствительных нарушений не выявлено. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно с двух сторон. Statuslocalis - на волосистой части головы в теменной области ушибленная рана.	ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5
	Вопрос 1. выделите все симптомы и синдромы, имеющиеся у больного Ответ: цефалгический синдром, ретроконантероградная амнезия, вегетативная реакция, повреждения мягких тканей головы с сохранностью апоневроза и подлежащих структур)	ПК-1, ПК-2
	Вопрос 2 выставьте предварительный диагноз согласно МКБ Ответ: ЗЧМТ. СГМ	ПК-1, ПК-2
	Вопрос 3. определите имеются ли показания для госпитализации пациента Ответ: госпитализация на 2-3 суток с контролем неврологического статуса	ПК-1, ПК-2
	Вопрос 4. Назначьте лечение пациенту Ответ: обработка раны, профилактика столбняка в связи с наличием раны в области волосистой части головы; при необходимости назначение антибактериальных препаратов; при боли- НПВС, анальгетики; при вегетативных нарушениях-бета блокаторы; противорвотные препараты; препараты для стабилизации сна и психического состояния	ПК-1, ПК-2
	Вопрос 5. определите направление реабилитационных мероприятий после перенесенной травмы Ответ: в зависимости от нарушения внимания- индивидуально продление больничного листа от 1 до 3 месяцев; психотерапия; лечебная физкультура; физиотерапевтические процедуры; рефлексотерапия; симптоматическая медикаментозная терапия с назначением антидепрессантов, ноотропных и легких седативных средств	ПК-1, ПК-2
6.	Девушка, 20 лет, проходя во двор дома, получила по голове удар шлагбаумом. Жалобы на головную боль, ссадину в области волосистой части головы. Сознание не теряла. Тошноты, рвоты не было. Пациентка сразу после удара самостоятельно обратилась в приемное отделение городской больницы. Объективно- Кожные покровы, видимые слизистые: обычной окраски. АД 120/80 мм.рт. ст. Неврологический статус- Сознание ясное. ШКГ 156. На вопросы отвечает, инструкции выполняет. Менингеальных	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5

	знаков нет. Зрачки округлой формы, равные. Движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Фотореакции живые. Лицо симметрично. Язык по средней линии. Парезов нет. Тонус мышц не изменен. Сухожильные и периостальные рефлексы живые, D=S. Патологические рефлексы отсутствуют. Чувствительных нарушений не выявлено. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно с двух сторон. Statuslocalis- на волосистой части головы в теменной области – подкожная гематома.	
	Вопрос 1. выделите все симптомы и синдромы, имеющиеся у больного Ответ: цефалгический синдром, повреждения мягких тканей головы с сохранностью покровов головы	ПК-1, ПК-2
	Вопрос 2. выставьте окончательный диагноз согласно МКБ Ответ: ушиб мягких тканей головы	ПК-1, ПК-2
	Вопрос 3. определите имеются ли показания для госпитализации пациента Ответ: пациент отпускается домой с рекомендацией немедленного обращения за помощью при ухудшение состояния	ПК-1, ПК-2
	Вопрос 4. Назначьте лечение пациенту Ответ: обработка раны, профилактика столбняка в связи с наличием раны в области волосистой части головы; при необходимости назначение антибактериальных препаратов, при боли- НПВС, анальгетики.	ПК-1, ПК-2
7.	Молодой человек 29 лет, работая на стройке, упал с лесов с высоты 4 метров на спину. Вызвано СМП. Больной доставлен в районную ЦРБ. Жалобы на боли в спине, онемение и слабость в ногах, нарушение мочеиспускания. Объективно - ЧСС 92 уд. в мин. АД 140/80 мм.рт. ст. При осмотре- мочевого пузырь наполнен до уровня пупка, самостоятельное мочеиспускание нарушено. Неврологический статус- Сознание ясное. ШКТ 15б. На вопросы отвечает, инструкции выполняет. Менингеальных знаков нет. Зрачки округлой формы, равные. Движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Фотореакции живые. Лицо симметрично. Язык по средней линии. Нижний парапарез до 2 баллов. Тонус в ногах снижен. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S, с рук живые, с ног снижены. Патологические стопные рефлексы отсутствуют. Проводниковая болевая гипестезия с уровня Th9. Координаторные пробы – ПНП выполняет удовлетворительно с двух сторон, ПКП с атаксией и дисметрией из- за слабости в ногах. Statuslocalis – локальная болезненность в области остистых отростков сTh5-Th7, подкожная гематома в области Th7 остистого отростка.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5
	Вопрос 1. выделите все симптомы и синдромы, имеющиеся у больного Ответ: люмбалгия на уровне Th5-Th7, проводниковые расстройства болевой чувствительности с уровня Th9, вялый нижний парапарез до 2 баллов, тазовые нарушения с задержкой мочеиспускания	ПК-1, ПК-2, ПК-3
	Вопрос 2. перечислите обследования, которые необходимо провести больному Ответ: МРТ грудного отдела позвоночника, КТ грудного отдела позвоночника с контрастированием, УЗИ брюшной полости, ОАК, ОАМ, б/химия крови+ электролиты крови, коагулограмма	ОПК-4, ОПК-5ПК-1, ПК-2
	Вопрос 3. выставьте окончательный диагноз согласно МКБ Ответ: ЗПСМТ, ушиб спинного мозга	ПК-1, ПК-2

	Вопрос 4. определите характер транспортировки больного Ответ: больному нельзя садиться, поворачиваться, ходить; транспортировку проводить на жестких носилках или щите на животе	ПК-1, ПК-2
	Вопрос 5. определите имеются ли показания для госпитализации пациента Ответ: госпитализация в специализированное нейрохирургическое или травматологическое отделение	ПК-1, ПК-2
	Вопрос 6. Назначьте лечение пациенту Ответ: адекватное обезболивание- анальгетики в сочетании с седативными препаратами, закись азота; поддержание дыхания и кровообращения, катетеризация мочевого пузыря; введение больших доз ГКС- 1-2 г метилпреднизолона болюсом, затем 250 мкг каждые 6 часов, при сдавлении спинного мозга- экстренное оперативное вмешательство	ПК-1, ПК-2
	Вопрос 7. Назовите временной интервал и показания для проведения хирургического вмешательства в остром периоде при травме грудного отдела позвоночника Ответ: 72 часа, сдавление спинного мозга (костными фрагментами, гематомой, выпавшим диском), неуправляемые переломовывихи, открытые или проникающие повреждения позвоночника и спинного мозга, прогрессирование неврологических расстройств в отсутствие явной причины	ПК-1, ПК-2
	Вопрос 8. определите направление реабилитационных мероприятий после перенесенной травмы Ответ: раннее начало реабилитационных мероприятий, ЛФК. Массаж, электростимуляция спинного мозга, бальнеотерапия, психологическая поддержка с назначением седативных препаратов, транквилизаторов и антидепрессантов	ПК-1, ПК-2
8.	Молодой человек 26 лет, обратился в поликлинику по поводу головных болей, в области правой половины головы, постоянного характера. При активном расспросе отмечает что головная боль усиливается в ночные и утренние часы, в положении лежа. Головная боль усиливается при кашле, чихание, натуживание. Был однократный эпизод рвоты на фоне головной боли. При осмотре больной расторможен, не держит расстояния, шутит плоские шутки. Позывы на мочеиспускание учащены . Неврологический статус- Сознание ясное. ШКГ 156. На вопросы отвечает, инструкции выполняет. Менингеальных знаков нет. Зрачки округлой формы, равные. Движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Фотореакции живые. Лицо симметрично. Кончик языка выводит с легкой девиацией слева. Легкий левосторонний гемипарез. Паретония в левых конечностях. Сухожильные и периостальные рефлексы живые, S>D. Патологические рефлексы отсутствуют. Положительные кистевые хватательные рефлексы слева. Чувствительных нарушений не выявлено. Координаторные пробы выполняет с легкой атаксией и дисметрией слева.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5
	Вопрос 1. выделите все симптомы и синдромы, имеющиеся у больного Ответ: цефалгический синдром, нарушение поведения, легкий левосторонний гемипарез, тазовые нарушения	ПК-1, ПК-2
	Вопрос 2. перечислите все обследования, которые необходимо провести больному для окончательной постановки диагноза Ответ: осмотр глазного дна офтальмологом, МРТ головного мозга с в/в	ПК-1, ПК-2

	контрастированием, стереотаксическая биопсия образования	
	Вопрос 3. выставьте окончательный диагноз согласно МКБ Ответ: Опухоль лобной доли	ПК-1, ПК-2
	Вопрос 4. Назначьте лечение пациенту Ответ: консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативном вмешательстве, консультация онколога для решения вопроса о лучевой, химиотерапии; симптоматическая терапия- ГКС, дексаметазон 12-20 мг/сут в 3-4 введения внутрь или парентерально, возможно применение противоэпилептических препаратов, анальгетиков, противорвотных препаратов	ПК-1, ПК-2
	Вопрос 5. определите направление реабилитационных мероприятий после лечения Ответ: психотерапия; лечебная физкультура; симптоматическая медикаментозная терапия с возможным назначением антидепрессантов, динамическое наблюдение за больным для контроля возможности рецидива	ПК-1, ПК-2
9.	Женщина 46 лет, обратилась в поликлинику к неврологу в виду того что стала рассеянной, стала сложно запоминать новую информацию. При активном распросе выяснилось что пациентка за последние 5 месяцев похудела на 10 кг, стала нервной, быстро уставала и плохо спала. Около 1 месяца назад на приеме у маммолога было выявлено образование в правой груди, выполнено УЗИ молочных желез, на котором было подозрение на злокачественный характер образования. Объективно - Кожные покровы, видимые слизистые бледные. АД 100/60 мм.рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, впалый. Тазовые функции не нарушены. Дефицит массы тела. Неврологический статус- Сознание ясное. ШКГ 156. На вопросы отвечает, инструкции выполняет. Менингеальных знаков нет. Зрачки округлой формы, равные. Движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Фотореакции живые. Лицо симметрично. Язык выводит по средней линии. Парезов нет. Тонус не изменен. Сухожильные и периостальные рефлексы живые, S=D. Симптом Бабинского слева. Чувствительных нарушений не выявлено. Координаторные пробы выполняет с легкой дисметрией с двух сторон.	ПК-1, ПК-2
	Вопрос 1. выделите все симптомы и синдромы, имеющиеся у больного Ответ: астенический синдром, левосторонняя пирамидная симптоматика	ПК-1, ПК-2
	Вопрос 2. перечислите обследования, которые необходимо провести больному согласно возрасту и предполагаемой причине церебральной патологии Ответ: осмотр глазного дна офтальмологом, КТ, МРТ головного мозга с в/в контрастированием, рентгенография черепа, ЭЭГ, общий анализ крови, осмотр молочных желез, маммография, УЗИ брюшной полости, ректальное исследование, реакция кала на скрытую кровь, рентгенография ОГК, стереотаксическая биопсия образования	ПК-1, ПК-2
	Вопрос 3. выставьте диагноз Ответ: метастатическое поражение головного мозга	ПК-1, ПК-2
	Вопрос 4. Назначьте лечение пациенту Ответ: консультация нейрохирурга для решения вопроса о возможном оперативном вмешательстве в том числе гамма- ножом, консультация онколога для решения вопроса о лучевой, химиотерапии; симптоматическая терапия- ГКС, дексаметазон 12-20 мг/сут в 3-4	ПК-1, ПК-2

	введения внутрь или парентерально, возможно применение противоэпилептических препаратов, анальгетиков, противорвотных препаратов	
	Вопрос 5. определите направление реабилитационных мероприятий Ответ: психотерапия; лечебная физкультура; симптоматическая медикаментозная терапия с возможным назначением антидепрессантов, динамическое наблюдение онкологом для возможности назначения наркотических обезболивающих	ПК-1, ПК-2
10.	Больная Л., 57 лет, обратилась на амбулаторный прием к неврологу с жалобами на приступы вращательного головокружения, возникающие чаще по утрам после сна при вставании с постели. Головокружение сопровождается тошнотой, иногда позывами на рвоту, неустойчивостью и продолжается, по мнению пациентки, около минуты. В межприступный период сохраняется тошнота и небольшая неустойчивость при ходьбе. Пациентка отмечает, что в покое состояние улучшается, но даже при небольших движениях головой вновь появляется головокружение и тошнота. Особенно сильное головокружение возникало при повороте на левый бок, в связи с чем она предпочитала лежать на правом боку или на спине и избегать резких поворотов в постели. Головокружение не сопровождалось снижением слуха, шумом в ушах или ощущением заложенности уха, головной болью или какими-либо другими неврологическими нарушениями. Такое головокружение появилось около 2-х недель назад, в связи с чем пациентка обратилась на амбулаторный прием к неврологу по месту жительства, где на основании жалоб, анамнеза, результатов рентгенографии шейного отдела позвоночника (выявлены признаки унковертебрального артроза дугоотростчатых суставов) и УЗ дуплексного сканирование брахиоцефальных артерий (выявлена гипоплазия левой позвоночной артерии) был установлен диагноз синдрома позвоночной артерии. В анамнезе мягкая артериальная гипертензия в течение 15 лет, варикозное расширение вен ног. Объективно: общее состояние пациентки удовлетворительное. АД — 140/90 мм рт. ст., пульс — 80 уд./мин, ритмичный. В неврологическом статусе: очаговых неврологических симптомов не выявлено. При проведении пробы Дикса—Холлпайка с поворотом головы влево после короткого (2—3 сек) латентного периода возникает выраженный нарастающий в течение нескольких секунд, а потом постепенно затухающий вертикально-торсионный геотропный нистагм, продолжающийся 15—20 сек. Нистагм сопровождался выраженным головокружением, тошнотой и позывами на рвоту. При повторении пробы Дикса—Холлпайка снова возникало головокружение и регистрировался нистагм, однако выраженность их была несколько меньшей.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5
	Вопрос 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Ответ: Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение	ПК-1, ПК-2
	Вопрос 2. Какое обследование необходимо провести больному с позиционным головокружением в обязательном порядке на этапе первичного осмотра: Ответ: позиционную пробу.	ПК-1, ПК-2

	Вопрос 3. Какую тактику лечения и реабилитации данного больного Вы выберете Ответ: лечебные репозиционные маневры	ПК-1, ПК-2
	Вопрос 4. Какой препарат может уменьшить выраженность головокружения у пациентки? Ответ: дименгидринат	ПК-1, ПК-2
11.	Женщина 63 лет в течение последних 5 лет отмечает постепенное снижение слуха на правое ухо. В течение последнего года появились и нарастают головные боли, головокружение и шаткость походки. При обследовании: снижение всех видов чувствительности на правой половине лица, легкая слабость всех мимических мышц справа, утрачена вкусовая чувствительность на передних двух третях языка справа, потерян слух на правое ухо, горизонтальный нистагм, направленный вправо при отведении взора вправо и направленный влево при отведении взора влево, интенционный тремор при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной проб правыми конечностями, неустойчивость в позе Ромберга и при ходьбе с отклонением вправо.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5
	Вопрос 1. Предположите наиболее вероятный диагноз: Ответ: шваннома преддверно-улиткового нерва справа;	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Вопрос 2. Какой метод обследования представляется наиболее информативным в этом случае: Ответ: МРТ головного мозга с в/в контрастированием	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Вопрос 3. Предположите наиболее вероятный топический диагноз: Ответ: поражение в области мосто-мозжечкового угла справа	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Вопрос 4. Тактика ведения больной: Ответ: Консультация нейрохирурга	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Вопрос 5. Чем обусловлен горизонтальный нистагм, имеющий описанные выше особенности: Ответ: одновременным повреждением правого преддверно-улиткового нерва и правого полушария мозжечка	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
12.	Больной М., 56 лет, утром внезапно почувствовал сильное головокружение в виде ощущения вращения собственного тела. Он упал, возникли тошнота и повторная рвота. Врачами «скорой медицинской помощи» констатировано повышение АД до 180/100 мм рт. ст. С предварительным диагнозом: «Гипертонический криз» больной госпитализирован. До начала заболевания больной считал себя практически здоровым, к врачам не обращался, однако при измерении артериального давления у него в течение последних 2 лет отмечались незначительные подъемы до 150/90 мм рт. ст. При обследовании в стационаре: состояние средней тяжести, в сознании, ориентирован в пространстве и во времени, АД — 150/90 мм рт. ст. Отмечается горизонтальный нистагм, меняющий направление при перемене направления взора; других изменений со стороны черепных нервов не выявлено. Парезов, расстройств чувствительности и координации не обнаружено. Рефлексы с конечностей низкие и симметричные, патологических рефлексов не найдено. В первые сутки заболевания походка и проба Ромберга не исследовались, однако в	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2

	дальнейшем отмечены неустойчивость при их выполнении.	
	Вопрос 1. Что более информативно для дифференциальной диагностики мозжечкового инфаркта и вестибулярного нейронита: Ответ: Тест Хальмаги	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Вопрос 2. Назовите характеристики нистагма при периферических вестибулярных расстройствах: Ответ: Подавляется фиксацией взора, не меняет направления при перемене направления взора, усиливается в очках Френзеля	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Вопрос 3. Какое направление имеет нистагм при повреждении центральных отделов вестибулярной системы: Ответ: Может иметь любое направление	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Вопрос 4. Где наиболее вероятная локализация поражения: Ответ: Мозжечок	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Вопрос 5. Наиболее вероятный клинический диагноз: Ответ: Инсульт в вертебрально-базилярной системе	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
13.	Больной К., 74 лет, внезапно почувствовал сильное головокружение, которое сопровождалось неустойчивостью, затем тошнотой, рвотой. Одновременно обратил внимание на двоение, слабость в правой руке. Кроме того, родственники заметили перекося лица в виде опущения угла рта справа. Бригадой СМП доставлен в неврологический стационар. В анамнезе: артериальная гипертония более 20 лет (лекарства принимает нерегулярно), ИБС, сахарный диабет 2 типа. При обследовании: Состояние средней тяжести, лицо гиперемировано. АД 180/100, ЧСС 88 вмин, ритм синусовый. В неврологическом статусе: вертикальный, направленный вверх нистагм, расходящееся косоглазие за счет левого глаза, центральный парез мимических мышц справа, парез правой руки до 3,5 баллов.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5
	Вопрос 1. Предположите наиболее вероятный диагноз: Ответ: Вестибулярный нейронит	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Вопрос 2. Какое инструментальное исследование наиболее информативно? Ответ: МРТ головного мозга	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Вопрос 3. Чем обусловлен нистагм, выявленный у больного: Ответ: Повреждением центральных отделов вестибулярной системы на уровне ствола мозга	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Вопрос 4. Что можно использовать для симптоматического лечения нистагма, направленного вверх: Ответ: Баклофен	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Вопрос 5. Куда необходимо госпитализировать больного: Ответ: Госпитализация в специализированное отделение для больных с инсультом	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
14.	Пациентка М., 17 лет, обратилась на амбулаторный прием в связи с приступами, которые беспокоят ее уже в течение 1,5 лет. Приступ начинается с ощущения легкого головокружения и тошноты. Головокружение быстро нарастает, присоединяется выраженная неустойчивость, иногда рвота. Головокружение сопровождается светобоязнью. Через час начинается головная боль, возникающая в затылке и распространяющаяся на всю голову, иногда чуть больше справа. Приступ продолжается несколько часов. Анальгетики	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2

	малозффективны. Улучшение состояния – после сна. При осмотре состояние удовлетворительное, пониженного питания. АД 95/65 мм рт. ст. В неврологическом статусе без очаговой неврологической симптоматики. Слух при ориентировочном исследовании не нарушен.	
	Вопрос 1. Предположите наиболее вероятный диагноз: Ответ: Вестибулярная мигрень	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Вопрос 2. Назовите самую частую причину рецидивирующего вестибулярного головокружения: Ответ: Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Вопрос 3. Что характерно для болезни Меньера в отличие от вестибулярной мигрени: Ответ: Снижение слуха по нейросенсорному типу на низких частотах	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Вопрос 4. Чем проявляется болезнь Меньера: Ответ: Приступами спонтанного вестибулярного головокружения, нейросенсорной тугоухостью, шумом в ухе, ощущением распирания в ухе	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
15.	Пациент 54 лет обратился на амбулаторный прием с жалобами на головокружение, возникающее при укладывании, запрокидывании головы, наклонах. Кроме того, беспокоит головная боль, усиливающаяся при кашле, натуживании, наклонах вперед и в горизонтальном положении. Болен в течение года. Симптомы ухудшились после травмы головы. При осмотре состояние удовлетворительное. В неврологическом статусе: вертикальный, направленный вниз нистагм, усиливающийся при проведении позиционных проб. Небольшая неустойчивость при ходьбе.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5
	Вопрос 1. Какая наиболее частая причина позиционного головокружения: Ответ: Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Вопрос 2. Для повреждения какой структуры характерен описанный выше нистагм: Ответ: Повреждения мозжечка	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Вопрос 3. Проявлением чего является головная боль, усиливающаяся при физическом усилии и в горизонтальном положении: Ответ: Внутричерепной гипертензии	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Вопрос 4. Какая проба наиболее информативна для дифференциальной диагностики центрального позиционного головокружения и доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения: Ответ: Проба Дикса-Холлпайка	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Вопрос 5. Какой наиболее вероятный диагноз: Ответ: Краниовертебральная аномалия Арнольда-Киари	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
16.	Пациент К., 26 лет, обратился на консультацию с жалобами на головокружение, возникающее при наклонах, укладывании на спину, поворотах с боку на бок. При этом в покое головокружения не было. 3 дня назад был избит неизвестными на улице. Была кратковременная потеря сознания, непродолжительная ретроградная амнезия. После травмы беспокоила головная боль, тошнота, была однократная рвота.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5

	На следующий день утром при вставании с постели почувствовал сильное головокружение вышеописанного характера. Головокружение сопровождалось тошнотой; рвоты не было. При осмотре: состояние отн. удовлетворительное, АД 120/70, ЧСС 72 вмин, ритм синусовый. В заушной области справа – подкожная гематома. В неврологическом статусе: Менингеальных симптомов нет. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. При попытке перевернуться со спины на бок появляется головокружение с ощущением вращения окружающих предметов. В покое головокружения нет, однако при ходьбе появляется ощущение небольшой неустойчивости без объективных признаков атаксии.	
	Вопрос 1. Какое исследование представляется наиболее информативным для уточнения характера головокружения и его причины: Ответ: Позиционные пробы (Дикса-Холлпайка, МакКлюра-Пагнини)	ПК-1, ПК-2, ПК-3
	Вопрос 2. Основываясь на клинической картине, какая причина головокружения представляется наиболее вероятной: Ответ: Посттравматическое доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение	ПК-1, ПК-2, ПК-3
	Вопрос 3. На что указывает геотропный нистагм, более выраженный при повороте головы вправо в пробе МакКлюра-Пагнини: Ответ: Каналолитиаз правого горизонтального полукружного канала	ПК-1, ПК-2, ПК-3
	Вопрос 4. Назовите самую частую разновидность доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения: Ответ: Каналолитиаз правого заднего полукружного канала	ПК-1, ПК-2, ПК-3
	Вопрос 5. Выберите наиболее оптимальную тактику лечения: Ответ: Лечебные репозиционные маневры	ПК-1, ПК-2, ПК-3
17.	Больная 35 лет. Год назад появилось покалывание в стопах, к которому в течение года присоединилась слабость в ногах и нарушение мочеиспускания (в виде недержания). В течение года эти явления росли. При осмотре: черепные нервы без патологии, сухожильные рефлексы D=S высокие, нижний спастический паразетез, с-м Бабинского с 2-х сторон, нарушение глубокой чувствительности в ногах. По данным МРТ шейного отдела спинного мозга выявлены несколько гиперинтенсивных очагов в T2 взвешенном изображении на уровне от C4 до C7. На МРТ головного мозга – множественные гиперинтенсивные очаги в T2 взвешенном изображении в перивентрикулярной области. Окулист: на глазном дне побледнение височных половин дисков зрительных нервов.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5
	Вопрос 1. Каков наиболее вероятный диагноз? Ответ: Рассеянный склероз, первично-прогрессирующее течение.	ПК-1, ПК-2, ПК-3
	Вопрос 2. Какими критериями необходимо руководствоваться, чтобы выставить диагноз рассеянного склероза? Ответ: Для постановки диагноза рассеянного склероза используются критерии МакДональда. Последняя редакция критериев была в 2017 году. Согласно критериям МакДональда, для постановки диагноза рассеянного склероза должна быть доказана диссеминация во времени и пространстве. Диагноз может быть установлен при наличии 2 клинических атак и 2 клинических очагов. При наличии 1 клинической атаки и 2 очагов необходимо подтвердить диссеминацию во времени на основании данных МРТ, либо дождаться следующей клинической атаки, либо провести анализ ликвора на моноклональные	ПК-1, ПК-2, ПК-3

	антитела. При наличии 2 клинических атак и 1 очага необходимо доказать диссеминацию в пространстве на основании МРТ или новой клинической атаки с вовлечением другого участка ЦНС.	
	Вопрос 3. Требуется ли провести дополнительное обследование у данной пациентки и какое, если оно необходимо? Ответ: Согласно критериям МакДональда от 2017 года, наличие ≥ 2 клинических атак и ≥ 2 клинических очагов не требует проведения дополнительных обследований для подтверждения диагноза. Однако, пациентам может быть рекомендовано проведение нейровизуализации.	ПК-1, ПК-2, ПК-3
	Вопрос 4. Что такое клинически изолированный синдром (КИС)? Ответ: КИС- это монофазный клинический эпизод с характерной симптоматикой и объективно выявляемыми признаками моно- или мультифокального воспалительного демиелинизирующего поражения ЦНС, развивающееся остро или подостро, с продолжительностью не менее 24 ч, с восстановлением или без него, а также при отсутствии лихорадки или инфекционного заболевания; аналогично типичному рецидиву рассеянного склероза, но у пациента, не имеющего раннее диагноз рассеянного склероза.	ПК-1, ПК-2, ПК-3
	Вопрос 5. Какое лечение может быть рекомендовано данной больной? Ответ: В качестве терапии рассеянного склероза используются препараты, изменяющие течение рассеянного склероза (ПИТРС). Средством выбора у данной пациентки является глатирамера ацетат, так как он оказывает наилучший эффект в данной группе больных с первично-прогрессирующим вариантом течения заболевания.	ПК-1, ПК-2, ПК-3
18.	Больной 60-и лет жалуется на слабость в ногах, неуверенность при ходьбе. Впервые заметил слабость в ногах в 58 лет (стало трудно подниматься по лестнице), в течение 2 лет заболевание постепенно прогрессировало без эпизодов улучшения состояния. Лечился витаминами группы В, нейропротекторами, антиагрегантами. Страдает гипертонической болезнью, регулярно принимает антигипертензивные препараты. Семейный анамнез отягощен: со слов, у отца также отмечались слабость в ногах и нарушение ходьбы в возрасте 60 лет, использовал ходунки. При осмотре: ЧН – без особенностей. Сухожильные рефлексy с рук средней живости, D=S, с ног оживлены, D=S. Симптом Бабинского и Оппенгейма с двух сторон. Легкое повышение мышечного тонуса в нижних конечностях. Гипотрофия мышц нижних конечностей. Нижний парапарез до 4 баллов. Чувствительных и координаторных нарушений нет. На МРТ шейного отдела позвоночника– грыжа диска C5-C6 с компрессией дурального мешка. МРТ головного мозга – легкий сосудистый лейкоареоз, гиперинтенсивные очаги в перивентрикулярном белом веществе.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5
	Вопрос 1. Какие синдромы можно выявить у данного больного? Ответ: У пациента имеется синдром нижнего парапареза.	ПК-1, ПК-2, ПК-3
	Вопрос 2. С какими заболеваниями следует приводить дифференциальный диагноз? Ответ: Учитывая повышение мышечного тонуса по спастическому типу в нижних конечностях, поражение нижнего маловероятно, следует искать причины поражения верхнего мотонейрона. По данным МРТ шейного отдела имеется грыжа диска C5-C6, которая может приводить к развитию парапареза, однако отсутствует клиническая симптоматика в верхних конечностях, которую следует ожидать, учитывая	ПК-1, ПК-2, ПК-3

	локализацию грыжи диска, а также чувствительные нарушения. Учитывая семейный анамнез, следует исключать наследственную спастическую параплегию. Также следует исключать болезнь двигательного нейрона.	
	Вопрос 3. Какое обследование необходимо провести больному? Ответ: Игольчатую электромиографию.	ПК-1, ПК-2, ПК-3
	Вопрос 4. Какую тактику лечения данного больного Вы выберете? Ответ: Учитывая отсутствие этиотропного лечения, наиболее целесообразным является использование двигательной реабилитации и физиотерапии. Для снижения спастичности можно использовать баклофен, тизанидин, инъекции ботулотоксина типа А.	ПК-1, ПК-2, ПК-3
	Вопрос 5. Какой вариант наследования при наследственной спастической параплегии? Ответ: Наследственная спастическая параплегия может наследоваться по аутосомно-доминантному, аутосомно-рецессивному и X-сцепленному типу.	ПК-1, ПК-2, ПК-3

4.3. Оценочные листы (чек-листы) – этап контроля и оценки сформированных умений и навыков

Оценочный лист (чек-лист) №1

контроля сформированности профессиональных умений и навыков ординатора
Симуляционное оборудование: данные медицинской документации, видеоролики.

Название навыка в соответствии с паспортом компетенций	Этапы выполнения навыка	Элементы навыка	Время, необходимое для выполнения навыка	Оценка	Примечание
Обследование пациента 45 лет с инсультом (жалобы, анамнез, физикальный осмотр, интерпретация данных инструментального обследования) УК-1, ПК-1, ПК-5	1. Оценка анамнеза заболевания	1. Анализ жалоб	1 минута		Жалобы: на слабость в руке и ноге, нарушение речи.
		2. Анализ характера развития инсульта у данного пациента	2 минуты		Вариант 1. Появление слабости в руке и ноге остро в течение дня, доставлен в стационар через 1 час от начала инсульта Вариант 2. Появление слабости в руке и ноге утром после сна, сразу доставлен в стационар.
		3. Анализ факторов	2 минуты		Вариант 1. Постоянная форма

		риска для развития инсульта у данного пациента		мерцательной аритмии, отсутствие приема пациентом антикоагулянтов; Гипертоническая болезнь. Вариант 2. Гипертоническая болезнь; ИБС, стенокардия напряжения, атеросклероз коронарных артерий и дуги аорты, гиперхолестеринемия.
		4. Формулировка заключения по результатам сбора анамнеза (обобщение результатов в слух).	1 минута	Вариант 1. Пример ответа: имели место особенности развития инсульта (развитие клиники инсульта остро в течение дня), имели место факторы риска развития инсульта (постоянная форма мерцательной аритмии, отсутствие приема пациентом антикоагулянтов; гипертоническая болезнь). Вариант 2. Пример ответа: имели место особенности развития инсульта (появление слабости в руке и ноге утром после сна), имели место факторы риска развития инсульта (гипертоническая болезнь; ИБС, стенокардия

					напряжения, атеросклероз коронарных артерий и дуги аорты, гиперхолестеринемия).
	2. Физикальный осмотр.	5. Оценка неврологического статуса	5 минут		Вариант 1. Патология есть: Сознание ясное. Элементы моторной афазии. Менингеальных знаков нет. Парез взора вправо. Сглажена правая носогубная складка. Кончик языка девирует вправо. Правосторонняя гемиплегия. Сухожильные рефлексы D<S, средней живости, симптом Бабинского справа, правосторонняя гемигипестезия, координаторные пробы правыми конечностями не выполняет. Балл по шкале NIHSS 16 баллов. Вариант 2. Патология есть: Сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Движения глазных яблок в полном объеме. Сглажена левая носогубная складка. Умеренная дизартрия. Кончик языка девирует влево. Левосторонний легкий гемипарез. Сухожильные

				рефлексы S>D, средней живости, симптом Бабинского слева, Левосторонняя гемипарезия, координаторные пробы левыми конечностями выполняет с атаксией. Балл по шкале NIHSS 6 баллов. .
		6. Формулировка заключения по результатам неврологического осмотра.	1 минута	Вариант 1.Пример ответа: выявлены нарушения речи-элементы моторной афазии, нарушения движения глазных яблок с парезом взора вправо, двигательные нарушения-правосторонняя гемиплегия, пирамидный синдром с наличием симптомаБабинского справа, нарушение чувствительности по гемитипу. Вариант 2. Пример ответа: выявлены нарушения речи-умеренная дизартрия, двигательные нарушения- легкий левосторонний гемипарез, пирамидный синдром с наличием симптомаБабинского слева, нарушение чувствительности по гемитипу.

	3. Оценка данных инструментального обследования	7. КТ головного мозга:	1 минута		Вариант 1. Патологии нет Вариант 2. Патология есть: гиподенсинный очаг небольших размеров в правой височной доли.
		8. УЗДС БЦА	1минута		Вариант 1. Патологии нет Вариант 2. Патология есть-стеноз правой внутренней сонной артерии 80%.
	4. Оценка заключений специалистов	9. Окулист	1минута		Вариант 1. Патологии нет Вариант 2. Патология есть-ангиосклероз сосудов сетчатки
	5. Формулировка заключения по результатам анамнестического и клинико-инструментального обследования больного		1минута		Вариант 1. ОНМК по ишемическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии с правосторонней гемиплегией, элементами моторной афазии, кардиоэмболический подтип по TOAST Вариант 2. Инфаркт головного мозга в бассейне правой средней мозговой артерии с легким левосторонним гемипарезом, умеренной дизартрией, атеросклеротический подтип по TOAST.

	6. Тактика дальнейшего обследования и лечения		2 минуты		Вариант 1. 1) реканализирующие мероприятия, проведение тромболиза препаратом Актилизе в дозе 0.9 мг/кг веса, 10% болюсно, 90% в\в капельно в течение часа, КТ головного мозга через сутки от проведения тромболиза Вариант 2. Таб. Аспирин 500 мг. ¼ таб. 1 раз в день, контроль артериального давления для избежания гипотонии-высокий риск повторного инсульта гемодинамического характера, консультация сосудистого хирурга для решения вопроса о оперативном лечении стеноза внутренней сонной артерии.
--	---	--	----------	--	---

Максимальное количество баллов: 6

Набранное количество баллов: _____

Оценочный лист (чек-лист) №2

контроля сформированности профессиональных умений и навыков ординатора
Симуляционное оборудование: **данные медицинской документации, видеоролики.**

Название навыка в соответствии с паспортом компетенций	Этапы выполнения навыка	Элементы навыка	Время, необходимое для выполнения навыка	Оценка	Примечание
Обследование	1. Оцен	1.Анализ	2 минуты		Жалобы на

и назначение терапии пациенту 30 лет с выраженной головной болью (жалобы, анамнез, физикальный осмотр, интерпретация данных инструментального обследования, назначение терапии). УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6	ка анамнеза заболевания	жалоб			выраженную головную боль, светобоязнь, тошноту, однократную рвоту, повышение температуры тела до 38 градусов.
		2. Анализ анамнеза заболевания	2 минуты		Вариант 1. На фоне полного здоровья днем остро появилась выраженная головная боль, тошнота, рвота, светобоязнь, повышение температуры до 38 градусов Вариант 2. В течение 2 дней отмечал общую слабость, насморк, кашель, повышение температуры до субфебрильных температур, сегодня остро головная боль усилилась, была рвота, тошнота, температура повысилась до 38 градусов.
		3. Анализ анамнеза жизни	1 минута		Хронические заболевания отрицает, ВИЧ, сифилис, гепатит отрицает Интерпретация: анамнез жизни благополучный, что, не позволяет определить ся с окончательным диагнозом.
		4. Формулировка заключения	1 минута		Следует проводить дифф. диагностику между всеми возможными

		я по результатам сбора анамнеза (обобщение результатов в слух).			вариантами развития острого цефалгического синдрома на фоне повышения температуры тела.
	2. Физикальный осмотр.	5. Оценка неврологического статуса	5 минут		Неврологический статус одинаковый в обоих вариантах- Сознание ясное. Ригидность мышц затылка 4 пальца. Черепные нервы без особенностей. Парезов нет. Нарушений чувствительности нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно.
		6. Формулировка заключения по результатам неврологического осмотра.	1 минута		Менингеальный синдром который требует детализации
	3. Оценка данных инструментального обследования	7. КТ головного мозга:	1 минута		Вариант 1. Патология есть: гиперденсинный сигнал по налету мозжечка и межполушарной щели. Вариант 2. Патологии нет
		8. анализ ликвора	1 минута		Вариант 1. Приполучение результатов КТ проведение люмбальной пункции не обязательно, цитоз 1000 эритроцитов/1 мкл, глюкоза 3,6

					ммоль/л, белок 0.8 г/л. Вариант 2. Цитоз 12000 /1 мкл, 90% нейтрофилы, 10% лимфоциты, белок 0,6 г/л, глюкоза 2.0 ммоль/л
	4. Оценка заключений специалистов	9. Окулист	1 минута		Вариант 1 отек ДЗН Вариант 2 Патологии нет.
	5. Формулировка заключения по результатам анамнестического и клинико-инструментального обследования больного		1 минута		Вариант 1. Спонтанное субарахноидальное кровоизлияние. Вариант 2. Гнойный менингит.
	6. Тактика дальнейшего обследования и лечения		2 минуты		Вариант 1. Консультация нейрохирурга, проведение ангиографии для выявления аневризмы сосудов головного мозга, определение возможности клипирования аневризмы, консервативная терапия-инфузионная терапия, нимотоп 2 таб. 6 раз в день, транскраниальная доплерография через 2-3 дня для определения возможного развития вазоспазма Вариант 2. Посев

					ликоврана возбудитель, посик первичного очага инфекции- рентгенограмма ОГК, рентгенограмма ППН, посве крови на стерильность, До получения роста флоры и чувствительнсоти- двояная антибактериальная терапия- цефалопосринами и пенициллинами, перед введением первой дозы антибиотика ввести ГКС, для защиты слухового нерва.
--	--	--	--	--	--

Максимальное количество баллов: 6

Набранное количество баллов: _____

Оценочный лист (чек-лист) №3

контроля сформированности профессиональных умений и навыков ординатора
 Симуляционное оборудование: данные медицинской документации, видеоролики.

Название навыка в соответствии с паспортом компетенций	Этапы выполнения навыка	Элементы навыка	Время, необходимое для выполнения навыка	Оценка	Примечание
Обследование и лечение пациента 70 лет с болью в спине и ноге (жалобы, анамнез, физикальный осмотр, интерпретация данных инструментального обследования, назначение терапии).	1. Оценка анамнеза заболевания	1. Анализ жалоб	2 минуты		Жалобы: постоянные боли в области поясницы, отдающие в правую ногу
		2. Анализ анамнеза заболевания	2 минуты		Болен в течение 3 дней, когда после физической нагрузки появлялась боль в пояснице, отдающая в правую ногу.
		3. Анализ анамнеза жизни	3 минуты		Вариант 1 Гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа,

УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6					остеохондроз позвоночника Вариант 2 Рак предстальной железы
		4. Формулировка заключения по результатам сбора анамнеза (обобщение результатов в слух).	1 минута		Вариант 1- развитие болевого синдрома у пациента после физической нагрузки Вариант 2- развитие жалоб у пациента с раком предстательной железы после физической нагрузки .
	2. Физикальный осмотр.	5. Оценка неврологического статуса.	5 минут		Вариант 1 Парезов нет, сухожильные рефлексы равные, снижены, нарушений чувствительности нет, болезненность паравerteбральных мышц на поясничном уровне, синдром Лассега справа 40 градусов. Вариант 2 Парезов нет, снижение ахиллова рефлекса на правой ноге, гипестезия по корешку S1 справа, болезненность паравerteбральных мышц на поясничном уровне, синдром Лассега справа 40 градусов.
		6. Формулировка заключения	1 минута		Вариант 1- Люмбаго справа

		я по результата м неврологич еского осмотра.			Вариант 2 РадикулопатияS1 справа
	3. Оценка данных инструмента льного обследования	7. рентгеногр амма поясничног о отдела позвоночн ика	1 минута		Вариант 1. Остеоартроздугот росчатых суставов поясничного отдела позвоночника. . Вариант 2. Переломы тел позвонков L2, L5
		9. МРТ поясничного отдела позвоночн ика	1 минута		Вариант 1. Остеохондроз, спондилез поясничного отдела позвоночника, полидископатияL2- S1. Вариант 2. Патологические переломы тел позвонков L2, L5, со сдавлением корешка S1
	5. Формулиров ка заключения по результатам анамнестиче ского и клинико- инструмента льного обследования больного		1 минута		Вариант 1. Острая люмболишалгияспа рва на фоне остеохондроза, спондилеза, полидископатиипоя сничного отдела позвоночника. Вариант 2. 1. Рак мочевового пузыря. Вторичная радикуопатияS 1 справа, с выраженным болевым, мышечно- тоническим синдромом на фоне переломов тел позвонкоаL2, L5

	6. Назначение терапии				Вариант 1. Ранняя реабилитация, ЛФК, НПВС, анальгетики, миорелаксанты, гастропротекторы, ФЗТ- массаж, плавание Вариант 2. Консультация уролога, онколога, нейрохирурга, ЛФК, НПВС, анальгетики, миорелаксанты, гастропротекторы,
--	-----------------------------	--	--	--	--

Максимальное количество баллов: 6

Набранное количество баллов: _____

Оценочный лист (чек-лист) №4

контроля сформированности профессиональных умений и навыков ординатора
Симуляционное оборудование: **данные медицинской документации, видеоролики.**

Название навыка в соответствии с паспортом компетенций	Этапы выполнени я навыка	Элементы навыка	Время, необходимое для выполнения навыка	Оценка	Примечание
Обследование и назначение терапии пациенту 60 лет с выраженным головокружен ием (жалобы, анамнез, физикальный осмотр, интерпретаци я данных инструментал ьного обследования, назначение терапии). УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6	1. Оценка анамнеза заболевания	1.Анализ жалоб	2 минуты		Жалобы на вращательное головокружение, тошноту, однократную рвоту.
		2. Анализ анамнеза заболевани я	2 минуты		Вариант 1. После перенесенного неделю назад острого респираторного заболевания с повышениемтемпер атуры до 38 градусов, отделяемым из носа, болями в горле, утром после пробуждения появилось

					вращательное головокружение, тошнота, однократная рвота. Вариант 2. Остро на фоне повышения АД до 185/100 мм рт.ст. развилось вращательное головокружение, тошнота, однократная рвота.
		3. Анализ анамнеза жизни	1 минута		Хронические заболевания отрицает, ВИЧ, сифилис, гепатит отрицает Интерпретация: анамнез жизни благополучный, что, не позволяет определить ся с окончательным диагнозом.
		4. Формулировка заключения по результатам сбора анамнеза (обобщение результатов в слух).	1 минута		Следует проводить дифф. диагностику между всеми возможными вариантами развития вестибулярного головокружения на фоне поражения периферической или центральной части вестибулярной системы.
	2. Физикальный осмотр.	5. Оценка неврологического статуса	5 минут		Вариант 1. Движения глаз в полном объеме, нистагм. Положительная проба Хальмаги. Отрицательная проба Дикса-Холпайка. Парезов нет. Нарушений чувствительности нет.

					Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Вариант 2. Движения глаз в полном объеме, нистагм. Отрицательная проба Хальмаги. Отрицательная проба Дикса-Холпайка. Парезов нет. Нарушений чувствительности нет. Координаторные пробы выполняет с дисметрией.
		6. Формулировка заключения по результатам неврологического осмотра.	1 минута		Вестибулярный синдром который требует детализации
	3. Оценка данных инструментального обследования	7. Аудиограмма	1 минута		Вариант 1. Снижение слуха с одной стороны. Вариант 2. Патологии нет
		8. КТ головного мозга:	1 минута		Вариант 1. Без особенностей. Вариант 2. Гиподенсивный очаг в мозжечке.
	4. Оценка заключений специалиста	9. Окулист	1 минута		В обоих случаях - патологии нет.
	5. Формулировка заключения по результатам анамнестического и клинико-		1 минута		Вариант 1. Вестибулярный нейронит. Вариант 2. ОНМК в вертебро-базиллярном бассейне.

	инструментального обследования больного				
	6. Тактика дальнейшего обследования и лечения		2 минуты		Вариант 1. Консультация отоларинголога, консервативная терапия- вестибулярные супрессанты (дименгидринат 50-100 мг каждые 6 часов. Диазепам, метоклопрамид в/м). Вестибулярная гимнастика. Возможно применение Бетагистин 48 мг/сут. Вариант 2. Госпитализация в сосудистое отделение (реанимационное отделение). Оценка возможности проведения тромболитической терапии. Коррекция АД, гликемии, гемангиокоррекция (антиагреганты, антикоагулянты), определение патогенетического подтипа инсульта. Вестибулярная гимнастика.

Максимальное количество баллов: 6

Набранное количество баллов: _____

Оценочный лист (чек-лист) №5

контроля сформированности профессиональных умений и навыков ординатора

Симуляционное оборудование: **данные медицинской документации, видеоролики.**

Название навыка в соответствии с паспортом компетенций	Этапы выполнения навыка	Элементы навыка	Время, необходимое для выполнения навыка	Оценка	Примечание
Обследование и назначение терапии пациенту 70 лет с жалобами на снижение памяти (жалобы, анамнез, физикальный осмотр, интерпретация данных инструментального обследования, назначение терапии). УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6	1. Оценка анамнеза заболевания	1. Анализ жалоб	2 минуты		Жалобы на снижение памяти.
		2. Анализ анамнеза заболевания	2 минуты		Вариант 1. В течение года со слов больного/родственников отмечает снижение памяти на текущие события, стало сложно ориентироваться в пространстве, может заблудиться в незнакомом месте, забывает имена знакомых людей, может их не узнавать, забывает слова. Вариант 2. В течение длительного времени страдает артериальной гипертензией, нарушения памяти беспокоят в течение многих лет, также отмечает неустойчивость при ходьбе, периодически недержание мочи.
		3. Анализ анамнеза жизни	1 минута		Хронические заболевания отрицает, ВИЧ, сифилис, гепатит отрицает Интерпретация: анамнез жизни благополучный, что, не позволяет определить с окончательным

					диагнозом.
		4. Формулировка заключения по результатам сбора анамнеза (обобщение результатов в слух).	1 минута		Следует проводить дифф. диагностику между всеми возможными вариантами развития когнитивных нарушений: нейродегенеративные заболевания, цереброваскулярные заболевания.
	2. Физикальный осмотр.	5. Оценка неврологического статуса	5 минут		Вариант 1. Черепные нервы – без патологии. Сухожильные рефлексы средней живости, равные. Парезов нет. Нарушений чувствительности нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Выраженные когнитивные нарушения амнестического профиля. Семантическая речевая активность снижена сильнее, чем фонетическая. Нарушения запоминания с ложными узнаваниями. Вариант 2. Черепные нервы – без патологии. Сухожильные рефлексы оживлены. Парезов нет. Нарушений чувствительности нет. Координаторные пробы выполняет

					удовлетворительно. Тазовые нарушения – императивные позывы на мочеиспускание, недержание мочи. Выраженные когнитивные нарушения дисрегуляторного профиля. Фонетическая речевая активность снижена сильнее, чем семантическая. Часы рисует с ошибками, копирует верно.
		6. Формулировка заключения по результатам неврологического осмотра.	1 минута		Синдром выраженных когнитивных нарушений который требует детализации.
	3. Оценка данных инструментального обследования	7. МРТ головного мозга:	1 минута		Вариант 1. Атрофия гиппокампов, височных долей. Вариант 2. Множественные сосудистые очаги глиоза, кисты в белом веществе головного мозга, грубый лейкоареоз.
	4. Оценка заключений специалистов	8. Окулист	1 минута		Вариант 1. Патологии нет. Вариант 2. Ангиопатия сосудов сетчатки.
		9. Терапевт			Вариант 1. Возможно как наличие факторов сердечно-сосудистого риска

					(артериальная гипертензия, сахарный диабет, атеросклероз), так и их отсутствие. Вариант 2. Длительно текущая артериальная гипертензия и/или дислипидемия и атеросклероз, сахарный диабет.
	5. Формулировка заключения по результатам анамнестического и клинико-инструментального обследования больного		1 минута		Вариант 1. Болезнь Альцгеймера. Вариант 2. Дисциркуляторная энцефалопатия.
	6. Тактика дальнейшего обследования и лечения		2 минуты		Вариант 1. Назначение ингибиторов холинэстеразы/мемантина. Вариант 2. Назначение ингибиторов холинэстеразы/мемантина. Коррекция артериальной гипертензии, сахарного диабета, дислипидемии. Назначение антиагрегантов (препараты ацетилсалициловой кислоты в дозе 75-100 мг/сут).

Максимальное количество баллов: 6

Набранное количество баллов: _____

Оценочный лист (чек-лист) №6

контроля сформированности профессиональных умений и навыков ординатора
Симуляционное оборудование: данные медицинской документации, видеоролики.

Название навыка в соответствии с паспортом компетенций	Этапы выполнения навыка	Элементы навыка	Время, необходимое для выполнения навыка	Оценка	Примечание
Обследование и назначение терапии пациенту 75 лет с синдромом паркинсонизма и когнитивными нарушениями (жалобы, анамнез, физикальный осмотр, интерпретация данных инструментального обследования, назначение терапии). УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6	1. Оценка анамнеза заболевания	1. Анализ жалоб	2 минуты		Жалобы на скованность конечностей, замедленность движений, тремор в конечностях, снижение памяти.
		2. Анализ анамнеза заболевания	2 минуты		Вариант 1. Болен в течение 2 лет, когда постепенно стали появляться снижение памяти, скованность конечностей, замедленность движений. Известно, что пациент кричит во сне, в дневное время бывает ощущение, что кто-то стоит за спиной. При пробном лечении агонистами дофаминовых рецепторов развились галлюцинации и психомоторное возбуждение, препарат был отменен. Отмечаются флуктуации когнитивных функций в течение дня и день ото дня. Вариант 2. В течение последних двух лет возникли и стали нарастать

					скованность, замедленность и тремор в правых конечностях, потом появились аналогичные симптомы в левых конечностях, однако сохраняется асимметрия симптомов. Снижение памяти стало появляться в последние 6 месяцев. Отмечает периодически ощущение, что промелькнула тень. На фоне лечения препаратами леводопы отмечает уменьшение симптомов.
		3. Анализ анамнеза жизни	1 минута		Хронические заболевания отрицает, ВИЧ, сифилис, гепатит отрицает Интерпретация: анамнез жизни благополучный, что, не позволяет определить окончательным диагнозом.
		4. Формулировка заключения по результатам сбора анамнеза (обобщение результатов в слух).	1 минута		Следует проводить дифф. диагностику между всеми возможными вариантами развития синдрома паркинсонизма в сочетании с когнитивными нарушениями.
	2. Физикальный осмотр.	5. Оценка неврологического статуса	5 минут		Вариант 1.Повышение мышечного тонуса по пластическому

					типус двух сторон, D=S. Гипокинезия с двух сторон, D=S. Постуральная неустойчивость. Выраженные когнитивные нарушения дисрегуляторного типа, с грубыми зрительно-пространственными и нарушениями. Куб и пятиугольники копирует с ошибками. Вариант 2. Повышение мышечного тонуса по пластическому типус двух сторон, D>S. Гипокинезия с декрементом с двух сторон, D>S. Постуральная неустойчивость. Выраженные когнитивные нарушения дисрегуляторного типа. Куб копирует верно, пятиугольники с ошибками.
		6. Формулировка заключения по результатам неврологического осмотра.	1 минута		Синдром паркинсонизма, синдром выраженных когнитивных нарушений, которые требуют детализации
	3. Оценка данных инструментального обследования	7. Ортостатическая проба	1 минута		Вариант 1. Снижение АД в орстаза: систолического – более чем на 20 мм рт.ст., диастолического –

					на 10 мм рт.ст.
					Вариант 2. Проба отрицательная.
		8. МРТ головного мозга:	1 минута		Вариант 1. Умеренная общая атрофия головного мозга. Вариант 2. Легкая или умеренная общая атрофия головного мозга.
	4. Оценка заключений специалиста в	9. Окулист	1 минута		В обоих случаях - патологии нет.
	5. Формулировка заключения по результатам анамнестического и клинико-инструментального обследования больного		1 минута		Вариант 1. Деменция с тельцами Леви. Вариант 2. Болезнь Паркинсона с деменцией.
	6. Тактика дальнейшего обследования и лечения		2 минуты		Вариант 1. Препараты леводопы, ингибиторы холинэстеразы, избегать приема нейролептиков. Коррекция ортостатической гипотензии. Вариант 2. Препараты леводопы, ингибиторы холинэстеразы. Двигательная реабилитация.

Максимальное количество баллов: 6

Набранное количество баллов: _____

Оценочный лист (чек-лист) №7

контроля сформированности профессиональных умений и навыков ординатора
Симуляционное оборудование: данные медицинской документации, видеоролики.

Название навыка в соответствии с паспортом компетенции	Этапы выполнения навыка	Элементы навыка	Время, необходимое для выполнения навыка	Оценка	Примечание
Обследование и назначение терапии пациенту 55 лет с синдромом паркинсонизма (жалобы, анамнез, физикальный осмотр, интерпретация данных инструментального обследования, назначение терапии). УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6	1. Оценка анамнеза заболевания	1. Анализ жалоб	2 минуты		Жалобы на скованность конечностей, замедленность движений, тремор в конечностях.
		2. Анализ анамнеза заболевания	2 минуты		Вариант 1. Болен в течение 1,5 лет, когда постепенно стали появляться снижение памяти, скованность правой руки и ноги. Известно, что пациент кричит во сне, машет руками. Вариант 2. В течение 5 лет проходил лечение у психиатра по поводу тревожного расстройства и инсомнии с применением высоких доз типичных нейролептиков. В течение 6 месяцев появился тремор и скованность в руках. Парасомнии и экстракампильный феномен отрицает.
		3. Анализ анамнеза жизни	1 минута		Хронические заболевания отрицает, ВИЧ, сифилис, гепатит отрицает

					Интерпретация: анамнез жизни благополучный, что, не позволяет определиться с окончательным диагнозом.
		4. Формулировка заключения по результатам сбора анамнеза (обобщение результатов в слух).	1 минута		Следует проводить дифф. диагностику между всеми возможными вариантами развития синдрома паркинсонизма.
	2. Физикальный осмотр.	5. Оценка неврологического статуса	5 минут		Вариант 1. Повышение мышечного тонуса по пластическому типу справа. Гипокинезия с декрементом справа. Тремор покоя в правой руке и ноге. Вариант 2. Повышение мышечного тонуса по пластическому типу двух сторон, D=S. Гипокинезия с двух сторон, D=S. Постурально-кинетический тремор обеих рук.
		6. Формулировка заключения по результатам неврологического осмотра.	1 минута		Синдром паркинсонизма, который требует детализации

	3. Оценка данных инструментального обследования	7. Ортостатическая проба	1 минута		Вариант 1. Проба может быть отрицательной или положительной. Вариант 2. Проба отрицательная.
		8. МРТ головного мозга:	1 минута		В обоих случаях - патологии нет.
	4. Оценка заключений специалистов	9. Окулист	1 минута		В обоих случаях - патологии нет.
	5. Формулировка заключения по результатам анамнестического и клинико-инструментального обследования больного		1 минута		Вариант 1. Болезнь Паркинсона. Вариант 2. Лекарственный паркинсонизм.
	6. Тактика дальнейшего обследования и лечения		2 минуты		Вариант 1. Агонисты дофаминовых рецепторов, либо препараты леводопы, амантадин. Вариант 2. Отмена типичных нейролептиков, добавление амантадина, витамина Е.

Максимальное количество баллов: 6

Набранное количество баллов: _____

5. Оценочные средства промежуточной аттестации

5. Примеры ситуационных задач (этап собеседования):

№	Содержание задачи	Индексы Проверяемых компетенций
----------	--------------------------	--

Тема учебной дисциплины Применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.		
1.	На третьем этапе медицинской реабилитации пациента с инфарктом миокарда (8-я – 16-я неделя) в условиях местных кардиологических санаториев, реабилитационных отделений стационаров можно назначить лечебные комплексы: 1) четырехкамерные углекислые ванны, дозированную ходьбу; 2) «сухие» углекислые ванны, электросон, дозированную ходьбу; 3) магнитотерапию на область сердца, дозированную ходьбу; 4) низкоинтенсивное лазерное излучение, дозированную ходьбу, 5) все ответы правильные.	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ – 5	
	Пациентам с язвенной болезнью в условиях реабилитационных центров и санаториев питьевые минеральные воды целесообразно назначать при температуре: 1) 20 – 22° С; 2) 26 – 28° С; 3) 32 – 34° С; 4) 38 – 40° С; 5) 44 – 46° С.	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ – 4	
	Пациентка С., 53 лет с диагнозом гипертоническая болезнь II стадии. Определите вид специальных упражнений для включения в комплекс ЛФК: 1) дыхательные; 2) общеразвивающие; 3) на расслабление мышц; 4) на гибкость.	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ – 3	
Тема учебной дисциплины Формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих		
	Программа физической реабилитации больных после аортокоронарного шунтирования или баллонной ангиопластики на II этапе медицинской реабилитации включает: 1) лечебную гимнастику с элементами силовых упражнений, 20 - 40 минут с частотой сердечных сокращений плюс 20 ударов в минуту к частоте покоя; 2) ходьбу с ускорением на тредмиле или упражнения на велотренажере; 3) ходьбу в свободном режиме; 4) бег трусцой.	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2 , ОПК-6, ПК-3
	Ответ - 1	

5.1. Ситуационные задачи (этап собеседования):

№	Содержание задачи	Индексы проверяемых компетенций
1	Больная Е., 38 лет предъявляет жалобы на двоение при взгляде влево, головокружение при перемене положения тела, тошноту по утрам, затруднение при подъеме по лестнице на 3-ий этаж, учащенное мочеиспускание, склонность к запорам, боли вокруг правого уха. Анамнез заболевания: Около двух лет назад появились боли в правом ухе. Лечилась у лор-врача по месту жительства с диагнозом "Хронический адгезивный средний отит". Боли в области уха сохранялись. Обратилась к неврологу, проводилось лечение по поводу невралгии тройничного нерва справа. Постепенно боли в области правого уха стали непостоянными, в настоящее время беспокоят 1 раз в 3-4 дня. Около полугода назад появилось двоение при взгляде влево, тошнота и системное головокружение при перемене положения тела по утрам. Указанные жалобы сохраняются по настоящее время без изменений. Около двух месяцев беспокоит слабость в ногах, затруднение при подъеме по лестнице на 3-ий этаж. При МРТ головного мозга: в белом веществе больших полушарий в семиовальных центрах и субкортикально в лобных и теменных долях определяются очаги гиперинтенсивного МР-сигнала на T2ВИ и FLAIR, изоинтенсивные на T1ВИ максимального размера в области семиовальных центров справа 7 x 6,2 x 6,2 мм. При зрительных и слуховых ВП: признаки демиелинизации. Госпитализирована для проведения курса лечения. В анамнезе: в 15 лет тонзиллэктомия, 5 лет назад - повторные травмы головы. Соматический статус: Общее состояние удовлетворительное. Астенического телосложения. ИМТ 18,8 кг/м². Кожные покровы бледно-розовые. Отеков нет. Определяется болезненность при надавливании на козелок и сзади ушной раковины. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 120/80 мм рт ст, пульс 72/мин, ритмичный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул N. Жалобы на учащенное мочеиспускание, никтурию (2 раза/ночь). Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Неврологический статус: В сознании. Контактна. Ориентирована в месте, времени и собственной личности. Критика к своему состоянию снижена. Менингеальных симптомов нет. Глазные щели S<D. Зрачки равные, фотореакция живая. Сходящееся косоглазие за счет ОД. Движения глазных яблок в полном объеме. Горизонтальный нистагм и двоение при взгляде влево. Чувствительность на лице сохранена. Роговичный рефлекс и чувствительность в полости носа справа снижены. Болезненность при пальпации инфраорбитальных точек с двух сторон. Функция жевательных мышц сохранена. Лицо симметричное в покое и при выполнении мимических проб. Вкус сохранен. Слух сохранен. Глотание, фонация не нарушены. Uvula отклонена вправо (после тонзиллэктомии), мягкое небо при фонации сокращается симметрично. Глоточный рефлекс повышен. Язык по средней линии. Мышечная сила снижена в сгибателях левого бедра до 4,5 баллов. Мышечный тонус низкий в руках и в ногах. Сухожильные рефлексы с рук оживлены, D>S, с ног оживлены, симметричные. Брюшные рефлексы живые. Патологических стопных знаков нет.	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ОПК-6, ПК-3

	ПНП выполняет с легкой интенцией с двух сторон, ПКП - удовлетворительно. В позе Ромберга пошатывается («клонит влево»), при проведении ПНП пошатывание уменьшается. Болевая и глубокая чувствительность не нарушены. Отмечается учащенное мочеиспускание. Данные анализов.Общий анализ крови: Гемоглобин — 130 г/л, Эритроциты — $4,7 \cdot 10^{12}/л$, Цветовой показатель — 0,83 , Лейкоциты — $9,1 \cdot 10^9/л$, Палочкоядерные — 1 %, Сегментоядерные — 51 %, Эозинофилы — 1 %, Базофилы — 0 %, Лимфоциты — 44 %, Моноциты — 3 %, СОЭ — 6 мм/ч.Биохимический анализ крови : Глюкоза — 4,6 ммоль/л, Мочевина — 5,42 ммоль/л, Билирубин — 16,05 мкмоль/л, Холестерин — 5,6 ммоль/л, АСТ — 27 Ед/л, АЛТ — 21 Ед/л, Креатинин — 85 мкмоль/л. Анализ крови на глюкозу после курса солу-медрола: 6,1 ммоль/л. Анализ плазмы крови на электролиты: Натрий — 141,1 ммоль/л, Калий — 4,07 ммоль/л, Осмоляльность — 292 мОсм/л. Анализ крови на анти-ВИЧ, RW, HbsAg, анти-HCV: отрицательно. Общий анализ мочи: Удельный вес — 1006 , Цвет — соломенно-желтый, Прозрачность — слабо мутная, Реакция — кислая , Белок — отр , Сахар — отр , Эпителий — плоский - незначительное количество , Цилиндры — нет , Лейкоциты — 5-7 в п/зр. , Эритроциты — нет , Слизь — нет , Бактерии — много. Данные обследований. Консультация отоневролога: При отоневрологическом осмотре выявляется симптоматика поражения IV, V, VIII ЧМН на фоне стволово-мозжечковой симптоматики. Данных за воспалительный процесс со стороны ЛОР-органов в настоящий момент нет. Хр. адгезивно-рубцовый средний отит справа. Показана аудиометрия. Консультация офтальмолога: Vis OD=1,0, Vis OS=1,0. Глазные щели D>S. Движения глазных яблок в полном объеме, минимально ограничены к наружным спайкам. Нистагм вправо. Зрачки равные, реакция на свет живая. ДЗН бледно-розовый, границы четкие. Артерии и вены обычного калибра. Сетчатка без очаговых изменений. Макулярный рефлекс сохранен. УЗИ органов брюшной полости: УЗ-признаки умеренно выраженных диффузных изменений поджелудочной железы. Рентгенография пирамид височных костей по Стенверсу: Слуховой проход свободен, верхушки пирамид не изменены. Грубых костных изменений в области суставов нижней челюсти не выявляется. ЭКГ: Ритм — Синусовый , ЧСС — 61/мин , Эл. ось сердца — Нормальное положение. ЭГДС: Анадидный гастрит.	
	Инструкция: выберите один правильный ответ. 1. Выберите тактику ведения: А. Проведение плазмафереза с заменой 1,5 л плазмы за одну процедуру №4; Б. Преднизолон внутрь 80 мг в течение 1 недели с последующим постепенным снижением дозы; В. Солу-медрол в/в капельно 1000 мг/сут ежедневно №5 Г. Солу-медрол в/в капельно 500 мг/сутки через день №3 Д. Мексидол 5,0 мл в/м №10. Ответ: В.	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2 , ОПК-6, ПК-3

5.2 Оценочные листы (чек-листы) – этап контроля и оценки сформированных умений и навыков

Оценочный лист (чек-лист) №1

контроля сформированности профессиональных умений и навыков ординатора
Симуляционное оборудование: данные медицинской документации, видеоролики.

Название навыка в соответствии с паспортом компетенций	Этапы выполнения навыка	Элементы навыка	Время, необходимое для выполнения навыка	Оценка	Примечание
Обследование пациента 45 лет с инсультом (жалобы, анамнез, физикальный осмотр, интерпретация данных инструментального обследования). УК-1, ПК-1, ПК-5	1. Оценка анамнеза заболевания	1. Анализ жалоб	1 минута		Жалобы: на слабость в руке и ноге, нарушение речи.
		2. Анализ характера развития инсульта у данного пациента	2 минуты		Вариант 1. Появление слабости в руке и ноге остро в течение дня, доставлен в стационар через 1 час от начала инсульта Вариант 2. Появление слабости в руке и ноге утром после сна, сразу доставлен в стационар.
		3. Анализ факторов риска для развития инсульта у данного пациента	2 минуты		Вариант 1. Постоянная форма мерцательной аритмии, отсутствие приема пациентом антикоагулянтов; Гипертоническая болезнь. Вариант 2. Гипертоническая болезнь; ИБС, стенокардия напряжения, атеросклероз коронарных артерий и дуги аорты,

					гиперхолестеринемия.
		4. Формулировка заключения по результатам сбора анамнеза (обобщение результатов вслух).	1 минута		Вариант 1. Пример ответа: имели место особенности развития инсульта (развитие клиники инсульта остро в течение дня), имели место факторы риска развития инсульта (постоянная форма мерцательной аритмии, отсутствие приема пациентом антикоагулянтов; гипертоническая болезнь). Вариант 2. Пример ответа: имели место особенности развития инсульта (появление слабости в руке и ноге утром после сна), имели место факторы риска развития инсульта (гипертоническая болезнь; ИБС, стенокардия напряжения, атеросклероз коронарных артерий и дуги аорты, гиперхолестеринемия).
	2. Физикальный осмотр.	5. Оценка неврологического статуса	5 минут		Вариант 1. Патология есть: Сознание ясное. Элементы моторной афазии. Менингеальных знаков нет. Парез взора вправо. Сглажена правая носогубная

				складка. Кончик языка девирует вправо. Правосторонняя гемиплегия. Сухожильные рефлексы $D < S$, средней живости, симптом Бабинского справа, правосторонняя гемигипестезия, координаторные пробы правыми конечностями не выполняет. Балл по шкале NIHSS 16 баллов. Вариант 2. Патология есть: Сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Движения глазных яблок в полном объеме. Сглажена левая носогубная складка. Умеренная дизартрия. Кончик языка девирует влево. Левосторонний легкий гемипарез. Сухожильные рефлексы $S > D$, средней живости, симптом Бабинского слева, Левосторонняя гемигипестезия, координаторные пробы левыми конечностями выполняет с атаксией. Балл по шкале NIHSS 6 баллов. .
		6. Формулировка заключения	1 минута	Вариант 1.Пример ответа: выявлены нарушения речи-элементы моторной

		по результатам неврологического осмотра.			афазии, нарушения движения глазных яблок с парезом взора вправо, двигательные нарушения-правосторонняя гемиплегия, пирамидный синдром с наличием симптомаБабинского справа, нарушение чувствительности по гемитипу. Вариант 2. Пример ответа: выявлены нарушения речи-умеренная дизартрия, двигательные нарушения- легкий левосторонний гемипарез, пирамидный синдром с наличием симптомаБабинского слева, нарушение чувствительности по гемитипу.
	3. Оценка данных инструментального обследования	7. КТ головного мозга:	2 минута		Вариант 1. Патологии нет Вариант 2. Патология есть: гиподенсинный очаг небольших размеров в правой височной доли.
		8. УЗДС БЦА	1 минута		Вариант 1. Патологии нет Вариант 2. Патология есть-стеноз правой внутренней сонной артерии 80%.

	4. Оценка заключений специалистов	9. Окулист	1 минута		Вариант 1. Патологии нет Вариант 2. Патология есть-ангиосклероз сосудов сетчатки
	5. Формулировка заключения по результатам анамнестического и клинико-инструментального обследования больного		1 минута		Вариант 1. ОНМК по ишемическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии с правосторонней гемиплегией, элементами моторной афазии, кардиоэмболический подтип по TOAST Вариант 2. Инфаркт головного мозга в бассейне правой средней мозговой артерии с легким левосторонним гемипарезом, умеренной дизартрией, атеросклеротический подтип по TOAST.
	6. Тактика дальнейшего обследования и лечения		2 минуты		Вариант 1. 1) реканализирующие мероприятия, проведение тромболиза препаратом Актилизе в дозе 0.9 мг/кг веса, 10% болюсно, 90% в\в капельно в течение часа, КТ головного мозга через сутки от проведения тромболиза Вариант 2. Таб. Аспирин 500 мг. ¼ таб. 1 раз в день, контроль артериального

					давления для избежания гипотонии-высокий риск повторного инсульта гемодинамического характера, консультация сосудистого хирурга для решения вопроса о оперативном лечении стеноза внутренней сонной артерии.
--	--	--	--	--	--

Максимальное количество баллов: 6

Набранное количество баллов: _____

Оценочный лист (чек-лист) №2

контроля сформированности профессиональных умений и навыков ординатора
Симуляционное оборудование: **данные медицинской документации, видеоролики.**

Название навыка в соответствии с паспортом компетенций	Этапы выполнения навыка	Элементы навыка	Время, необходимое для выполнения навыка	Оценка	Примечание
Обследование и назначение терапии пациенту 30 лет с выраженной головной болью (жалобы, анамнез, физикальный осмотр, интерпретация данных инструментального обследования, назначение терапии). УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6	2. Оценка анамнеза заболевания	1. Анализ жалоб	2 минуты		Жалобы на выраженную головную боль, светобоязнь, тошноту, однократную рвоту, повышение температуры тела до 38 градусов.
		2. Анализ анамнеза заболевания	2 минуты		Вариант 1. На фоне полного здоровья днем остро появилась выраженная головная боль, тошнота, рвота, светобоязнь, повышение температуры до 38 градусов

					Вариант 2. В течение 2 дней отмечал общую слабость, насморк, кашель, повышение температуры до субфебрильных температур, сегодня остро головная боль усилилась, была рвота, тошнота, температура повысилась до 38 градусов.
		3. Анализ анамнеза жизни	1 минута		Хронические заболевания отрицает, ВИЧ, сифилис, гепатит отрицает Интерпретация: анамнез жизни благополучный, что, не позволяет определить ся с окончательным диагнозом.
		4. Формулировка заключения по результатам сбора анамнеза (обобщение результатов в слух).	1 минута		Следует проводить дифф. диагностику между всеми возможными вариантами развития острого цефалгического синдрома на фоне повышения температуры тела.
	2. Физикальный осмотр.	5. Оценка неврологического статуса	5 минут		Неврологический статус одинаковый в обоих вариантах- Сознание ясное. Ригидность мышц затылка 4 пальца. Черепные нервы без особенностей. Парезов нет. Нарушений чувствительности

					нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно.
		6. Формулировка заключения по результатам неврологического осмотра.	1 минута		Менингеальный синдром который требует детализации
	3. Оценка данных инструментального обследования	7. КТ головного мозга:	1 минута		Вариант 1. Патология есть: гиперденсинный сигнал по налету мозжечка и межполушарной щели. Вариант 2. Патологии нет
		8. анализ ликвора	1 минута		Вариант 1. Приполучение результатов КТ проведение люмбальной пункции не обязательно, цитоз 1000 эритроцитов/1 мкл, глюкоза 3,6 ммоль/л, белок 0.8 г/л. Вариант 2. Цитоз 12000 /1 мкл, 90% нейтрофилы, 10% лимфоциты, белок 0,6 г/л, глюкоза 2.0 ммоль/л
	4. Оценка заключений специалистов	9. Окулист	1 минута		Вариант 1 отек ДЗН Вариант 2 Патологии нет.

	5. Формулировка заключения по результатам анамнестического и клинико-инструментального обследования больного		1 минута		Вариант 1. Спонтанное субарахноидальное кровоизлияние. Вариант 2. Гнойный менингит.
	6. Тактика дальнейшего обследования и лечения		2 минуты		Вариант 1. Консультация нейрохирурга, проведение ангиографии для выявления аневризмы сосудов головного мозга, определение возможности клипирования аневризмы, консервативная терапия-инфузионная терапия, нимотоп 2 таб. 6 раз в день, транскраниальная доплерография через 2-3 дня для определения возможного развития вазоспазма Вариант 2. Посев ликоврана возбудитель, посик первичного очага инфекции- рентгенограмма ОГК, рентгенограмма ППН, посве крови на стерильность, До получения роста флоры и чувствительнсоти- двояная

					антибактериальная терапия-цефалоспосринами и пенициллинами, перед введением первой дозы антибиотика ввести ГКС, для защиты слухового нерва.
--	--	--	--	--	---

Максимальное количество баллов: 6

Набранное количество баллов: _____

Оценочный лист (чек-лист) №3

контроля сформированности профессиональных умений и навыков ординатора
Симуляционное оборудование: данные медицинской документации, видеоролики.

Название навыка в соответствии с паспортом компетенций	Этапы выполнения навыка	Элементы навыка	Время, необходимое для выполнения навыка	Оценка	Примечание
Обследование и лечение пациента 70 лет с болью в спине и ноге (жалобы, анамнез, физикальный осмотр, интерпретация данных инструментального обследования, назначение терапии). УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6	1.Оценка анамнеза заболевания	1.Анализ жалоб	2 минуты		Жалобы: постоянные боли в области поясницы, отдающие в правую ногу
		2. Анализ анамнеза заболевания	2 минуты		Болен в течение 3 дней, когда после физической нагрузки появлялась боль в пояснице, отдающая в правую ногу.
		3. Анализ анамнеза жизни	3 минуты		Вариант 1 Гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, остеохондроз позвоночника Вариант 2 Рак предстательной железы
		4. Формулировка заключения по результатам сбора	1 минута		Вариант 1- развитие болевого синдрома у пациента после физической нагрузки

		анамнеза (обобщение результатов в слух).			Вариант 2- развитие жалоб у пациента с раком предстательной железы после физической нагрузки .
	2. Физикальный осмотр.	5. Оценка неврологического статуса.	5 минут		Вариант 1 Парезов нет, сухожильные рефлексы равные, снижены, нарушений чувствительности нет, болезненность паравертебральных мышц на поясничном уровне, синдром Лассега справа 40 градусов. Вариант 2 Парезов нет, снижение ахиллова рефлекса на правой ноге, гипестезия по корешку S1 справа, болезненность паравертебральных мышц на поясничном уровне, синдром Лассега справа 40 градусов.
		6. Формулировка заключения по результатам неврологического осмотра.	1 минута		Вариант 1- Люмболишалгия справа Вариант 2 Радикулопатия S1 справа
	3. Оценка данных инструментального обследования	7. рентгенограмма поясничного отдела позвоночника	1 минута		Вариант 1. Остеоартроз дуготросчатых суставов поясничного отдела позвоночника. .

		ика			Вариант 2. Переломы тел позвонков L2, L5
		9. МРТ поясничного отдела позвоночн ика	1 минута		Вариант 1. Остеохондроз, спондилез поясничного отдела позвоночника, полидископатияL2- S1. Вариант 2. Патологические переломы тел позвонков L2, L5, со сдавлением корешка S1
	5. Формулиров ка заключения по результатам анамнестиче ского и клинико- инструмента льного обследовани я больного		1 минута		Вариант 1. Острая люмболишалгияспа рва на фоне остеохондроза, спондилеза, полидископатиипоя сничного отдела позвоночника. Вариант 2. 1. Рак мочевового пузыря. Вторичная радикуопатияS 1 справа, с выраженным болевым, мышечно- тоническим синдромом на фоне переломов тел позвонкоаL2, L5
	6. Назначение терапии				Вариант 1. Ранняя реабилитация, ЛФК, НПВС, анальгетики, миорелаксанты, гастропротекторы, ФЗТ- массаж, плавание

					Вариант 2. Консультация уролога, онколога, нейрохирурга, ЛФК, НПВС, анальгетики, миорелаксанты, гастропротекторы,
--	--	--	--	--	--

Максимальное количество баллов: 6

Набранное количество баллов: _____

Оценочный лист (чек-лист) №4

контроля сформированности профессиональных умений и навыков ординатора
Симуляционное оборудование: **данные медицинской документации, видеоролики.**

Название навыка в соответствии с паспортом компетенций	Этапы выполнения навыка	Элементы навыка	Время, необходимое для выполнения навыка	Оценка	Примечание
Обследование и назначение терапии пациенту 60 лет с выраженным головокружением (жалобы, анамнез, физикальный осмотр, интерпретация данных инструментального обследования, назначение терапии). УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6	1. Оценка анамнеза заболевания	1. Анализ жалоб	2 минуты		Жалобы на вращательное головокружение, тошноту, однократную рвоту.
		2. Анализ анамнеза заболевания	2 минуты		Вариант 1. После перенесенного неделю назад острого респираторного заболевания с повышением температуры до 38 градусов, отделяемым из носа, болями в горле, утром после пробуждения появилось вращательное головокружение, тошнота, однократная рвота. Вариант 2. Остро на фоне повышения АД до 185/100 мм рт.ст. развилось

					вращательное головокружение, тошнота, однократная рвота.
		3. Анализ анамнеза жизни	1 минута		Хронические заболевания отрицает, ВИЧ, сифилис, гепатит отрицает Интерпретация: анамнез жизни благополучный, что, не позволяет определить ся с окончательным диагнозом.
		4. Формулировка заключения по результатам сбора анамнеза (обобщение результатов в слух).	1 минута		Следует проводить дифф. диагностику между всеми возможными вариантами развития вестибулярного головокружения на фоне поражения периферической или центральной части вестибулярной системы.
	2. Физикальный осмотр.	5. Оценка неврологического статуса	5 минут		Вариант 1. Движения глаз в полном объеме, нистагм. Положительная проба Хальмаги. Отрицательная проба Дикса-Холпайка. Парезов нет. Нарушений чувствительности нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Вариант 2. Движения глаз в полном объеме, нистагм. Отрицательная

					проба Хальмаги. Отрицательная проба Дикса-Холпайка. Парезов нет. Нарушений чувствительности нет. Координаторные пробы выполняет с дисметрией.
		6. Формулировка заключения по результатам неврологического осмотра.	1 минута		Вестибулярный синдром который требует детализации
	3. Оценка данных инструментального обследования	7. Аудиограмма	1 минута		Вариант 1. Снижение слуха с одной стороны. Вариант 2. Патологии нет
		8. КТ головного мозга:	1 минута		Вариант 1. Без особенностей. Вариант 2. Гиподенсивный очаг в мозжечке.
	4. Оценка заключений специалистов	9. Окулист	1 минута		В обоих случаях - патологии нет.
	5. Формулировка заключения по результатам анамнестического и клинико-инструментального обследования больного		1 минута		Вариант 1. Вестибулярный нейронит. Вариант 2. ОНМК в вертебро-базиллярном бассейне.

	6. Тактика дальнейшего обследования и лечения		2 минуты		Вариант 1. Консультация отоларинголога, консервативная терапия-вестибулярные супрессанты (дименгидринат 50-100 мг каждые 6 часов. Диазепам, метоклопрамид в/м). Вестибулярная гимнастика. Возможно применение Бетагистин 48 мг/сут. Вариант 2. Госпитализация в сосудистое отделение (реанимационное отделение). Оценка возможности проведения тромболитической терапии. Коррекция АД, гликемии, гемангиокрррекция (антиагреганты, антикоагулянты), определение патогенетического подтипа инсульта. Вестибулярная гимнастика.
--	---	--	----------	--	---

Максимальное количество баллов: 6

Набранное количество баллов: _____

Оценочный лист (чек-лист) №5

контроля сформированности профессиональных умений и навыков ординатора
Симуляционное оборудование: **данные медицинской документации, видеоролики.**

Название навыка в соответствии с паспортом компетенций	Этапы выполнения навыка	Элементы навыка	Время, необходимое для выполнения навыка	Оценка	Примечание
--	-------------------------	-----------------	--	--------	------------

Обследование и назначение терапии пациенту 70 лет с жалобами на снижение памяти (жалобы, анамнез, физикальный осмотр, интерпретация данных инструментального обследования, назначение терапии). УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6	1. Оценка анамнеза заболевания	1. Анализ жалоб	2 минуты		Жалобы на снижение памяти.
		2. Анализ анамнеза заболевания	2 минуты		Вариант 1. В течение года со слов больного/родственников отмечает снижение памяти на текущие события, стало сложно ориентироваться в пространстве, может заблудиться в незнакомом месте, забывает имена знакомых людей, может их не узнавать, забывает слова. Вариант 2. В течение длительного времени страдает артериальной гипертензией, нарушения памяти беспокоят в течение многих лет, также отмечает неустойчивость при ходьбе, периодически недержание мочи.
		3. Анализ анамнеза жизни	1 минута		Хронические заболевания отрицает, ВИЧ, сифилис, гепатит отрицает Интерпретация: анамнез жизни благополучный, что, не позволяет определиться с окончательным диагнозом.
		4. Формулировка заключения	1 минута		Следует проводить дифф. диагностику между всеми возможными

		я по результата м сбор анамнеза (обобщени е результато в вслух).			вариантами развития когнитивных нарушений: нейродегенеративн ые заболевания, цереброваскулярны е заболевания.
	2. Физикальны й осмотр.	5. Оценка неврологич еского статуса	5 минут		Вариант 1. Черепные нервы – без патологии. Сухожильные рефлексы средней живости, равные. Парезов нет. Нарушений чувствительности нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Выраженные когнитивные нарушения амнестического профиля. Семантическая речевая активность снижена сильнее, чем фонетическая. Нарушения запоминания с ложными узнаваниями. Вариант 2. Черепные нервы – без патологии. Сухожильные рефлексы оживлены. Парезов нет. Нарушений чувствительности нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Тазовые нарушения – императивные позывы на мочеиспускание,

					недержание мочи. Выраженные когнитивные нарушения дисрегуляторного профиля. Фонетическая речевая активность снижена сильнее, чем семантическая. Часы рисует с ошибками, копирует верно.
		6. Формулировка заключения по результатам неврологического осмотра.	1 минута		Синдром выраженных когнитивных нарушений который требует детализации.
	3. Оценка данных инструментального обследования	7. МРТ головного мозга:	1 минута		Вариант 1. Атрофия гиппокампов, височных долей. Вариант 2. Множественные сосудистые очаги глиоза, кисты в белом веществе головного мозга, грубый лейкоареоз.
	4. Оценка заключений специалистов	8. Окулист	1 минута		Вариант 1. Патологии нет. Вариант 2. Ангиопатия сосудов сетчатки.
		9. Терапевт			Вариант 1. Возможно как наличие факторов сердечно-сосудистого риска (артериальная гипертензия, сахарный диабет, атеросклероз), так и их отсутствие.

					Вариант 2. Длительно текущая артериальная гипертензия и/или дислипидемия и атеросклероз, сахарный диабет.
	5. Формулировка заключения по результатам анамнестического и клинико-инструментального обследования больного		1 минута		Вариант 1. Болезнь Альцгеймера. Вариант 2. Дисциркуляторная энцефалопатия.
	6. Тактика дальнейшего обследования и лечения		2 минуты		Вариант 1. Назначение ингибиторов холинэстеразы/мемантина. Вариант 2. Назначение ингибиторов холинэстеразы/мемантина. Коррекция артериальной гипертензии, сахарного диабета, дислипидемии. Назначение антиагрегантов (препараты ацетилсалициловой кислоты в дозе 75-100 мг/сут).

Максимальное количество баллов: 6

Набранное количество баллов: _____

Оценочный лист (чек-лист) №6

контроля сформированности профессиональных умений и навыков ординатора
Симуляционное оборудование: **данные медицинской документации, видеоролики.**

Название	Этапы	Элементы	Время,	Оценка	Примечание
----------	-------	----------	--------	--------	------------

навыка в соответствии с паспортом компетенций	выполнения навыка	навыка	необходимое для выполнения навыка		
Обследование и назначение терапии пациенту 75 лет с синдромом паркинсонизма и когнитивными нарушениями (жалобы, анамнез, физикальный осмотр, интерпретация данных инструментального обследования, назначение терапии). УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6	1. Оценка анамнеза заболевания	1. Анализ жалоб	2 минуты		Жалобы на скованность конечностей, замедленность движений, тремор в конечностях, снижение памяти.
		2. Анализ анамнеза заболевания	2 минуты		Вариант 1. Болен в течение 2 лет, когда постепенно стали появляться снижение памяти, скованность конечностей, замедленность движений. Известно, что пациент кричит во сне, в дневное время бывает ощущение, что кто-то стоит за спиной. При пробном лечении агонистами дофаминовых рецепторов развились галлюцинации и психомоторное возбуждение, препарат был отменен. Отмечаются флуктуации когнитивных функций в течение дня и день ото дня. Вариант 2. В течение последних двух лет возникли и стали нарастать скованность, замедленность и тремор в правых конечностях, потом появились

				аналогичные симптомы в левых конечностях, однако сохраняется асимметрия симптомов. Снижение памяти стало появляться в последние 6 месяцев. Отмечает периодически ощущение, что промелькнула тень. На фоне лечения препаратами леводопы отмечает уменьшение симптомов.
		3. Анализ анамнеза жизни	1 минута	Хронические заболевания отрицает, ВИЧ, сифилис, гепатит отрицает Интерпретация: анамнез жизни благополучный, что, не позволяет определиться с окончательным диагнозом.
		4. Формулировка заключения по результатам сбора анамнеза (обобщение результатов в слух).	1 минута	Следует проводить дифф. диагностику между всеми возможными вариантами развития синдрома паркинсонизма в сочетании с когнитивными нарушениями.
	2. Физикальный осмотр.	5. Оценка неврологического статуса	5 минут	Вариант 1.Повышение мышечного тонуса по пластическому типу с двух сторон, D=S. Гипокинезия с двух сторон, D=S. Постуральная

					неустойчивость. Выраженные когнитивные нарушения дисрегуляторного типа, с грубыми зрительно-пространственными и нарушениями. Куб и пятиугольники копирует с ошибками. Вариант 2. Повышение мышечного тонуса по пластическому типу с двух сторон, D>S. Гипокинезия с декрементом с двух сторон, D>S. Постуральная неустойчивость. Выраженные когнитивные нарушения дисрегуляторного типа. Куб копирует верно, пятиугольники с ошибками.
		6. Формулировка заключения по результатам неврологического осмотра.	1 минута		Синдром паркинсонизма, синдром выраженных когнитивных нарушений, которые требуют детализации
	3. Оценка данных инструментального обследования	7. Ортостатическая проба	1 минута		Вариант 1. Снижение АД в ортаза: систолического – более чем на 20 мм рт.ст., диастолического – на 10 мм рт.ст. Вариант 2. Проба отрицательная.

		8. МРТ головного мозга:	1 минута		Вариант 1. Умеренная общая атрофия головного мозга. Вариант 2. Легкая или умеренная общая атрофия головного мозга.
	4. Оценка заключений специалисто в	9. Окулист	1 минута		В обоих случаях - патологии нет.
	5. Формулиров ка заключения по результатам анамнестиче ского и клинико- инструмента льного обследовани я больного		1 минута		Вариант 1. Деменция с тельцами Леви. Вариант 2. Болезнь Паркинсона с деменцией.
	6. Тактика дальнейшего обследовани я и лечения		2 минуты		Вариант 1. Препараты леводопы, ингибиторы холинэстеразы, избегать приема нейролептиков. Коррекция ортостатической гипотензии. Вариант 2. Препараты леводопы, ингибиторы холинэстеразы. Двигательная реабилитация - кинезиотерапия.

Максимальное количество баллов: 6

Набранное количество баллов: _____

лист (чек-лист) №7

контроля сформированности профессиональных умений и навыков ординатора
Симуляционное оборудование: **данные медицинской документации, видеоролики.**

Название навыка в соответствии с паспортом компетенций	Этапы выполнения навыка	Элементы навыка	Время, необходимое для выполнения навыка	Оценка	Примечание
Обследование пациента 70 лет с головокружением (жалобы, анамнез, физикальный осмотр, интерпретация данных инструментального обследования) · УК-1, ПК-1, ПК-5	1. Оценка анамнеза заболевания	1. Анализ жалоб	1 минута		Жалобы: на эпизоды кратковременного головокружения при поворотах и вставание с кровати
		2. Анализ характера развития заболевания	2 минуты		Вариант 1. Симптоматика появилась остро и сохраняется на протяжении недели, имеет вращательный характер головокружения Вариант 2. Симптоматика постепенно нарастает в течение 1 месяца, имеет невращательный характер головокружения
		3. Анализ анамнеза жизни	2 минуты		Вариант 1. По неврологическим заболеваниям наследственность не отягощена, страдает гипертонической болезнью Вариант 2. Страдает болезнью Паркинсона в течение 5 лет
		4. Формулировка заключения по результатам	1 минута		Вариант 1. Острое развитие эпизодов вращательного головокружения при перемене тела в пространстве

		м сбор анамнеза (обобщение результатов в слух).			Вариант 2. Острое развитие эпизодов вращательного головокружения при перемене тела в пространстве у пациентов с болезнью Паркинсона
	2. Физикальный осмотр.	5. Оценка неврологического статуса	5 минут		Вариант 1. Патологии нет Вариант 2. Тонус повышен по пластическому типу. Тремор покоя
		6. Формулировка заключения по результатам неврологического осмотра.	1 минута		Пример ответа: головокружение у пациента без симптомов поражения ствола головного мозга
	3. Оценка данных инструментального и лабораторного обследования	7. МРТ головного мозга:	1 минуты		Патологии не выявлено
	4. Оценка специальных неврологических манипуляций	8. проба Дикса-Холлпайка	4 минуты		Вариант 1. Проба положительная Вариант 2. Проба отрицательная
		9. ортостатическая проба	8 минут		Вариант 1. Проба отрицательная. Вариант 2. Пример ответа: падение систолического давления на 30 мм, диастолического давления на 20 мм.

	5. Формулировка заключения по результатам анамнестического и клинико-инструментального обследования больного		1 1 минута		Вариант 1. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение. Вариант 2. Ортостатическая гипотензия у пациента с болезнью Паркинсона
	6. Тактика дальнейшего обследования и лечения		2 минуты		Вариант 1. Лечебная гимнастика, прием Эпли Вариант 2. Увеличение приема жидкости, досаливание пищи, компрессионный трикотаж для ног, при неэффективности назначение минералкортикоидов с препаратами калия-кортинаефф вместе с калием

Максимальное количество баллов: 6

Набранное количество баллов: _____

**Информационная справка
ВИДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ В СООТНЕСЕНИИ С ФОРМАМИ
КОНТРОЛЯ**

Список используемых сокращений:

- текущий контроль – Т/К
- промежуточная аттестация – П/А
- государственная итоговая аттестация - ГИА

№ п/п	Процедура контроля	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства, цель его применения	Представление оценочного средства в фонде	Формы контрол я
Оценочные средства, часто применяемые в медицинском образовании					
1.	Тестирование <i>(применяется преимущественно для проверки знаний)</i>	Тестовое задание	Стандартизированное задание, позволяющее автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий	Т/К П/А
2.	Контрольная работа <i>(применяется преимущественно для проверки практических умений, навыков)</i>	Контрольные задания	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу	Комплект контрольных заданий	Т/К П/А
		Кейс-задача <i>(в медицине – ситуационная (клиническая) задача)</i>	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы	Задания для решения кейс-задач <i>(ситуационные (клинические) задачи)</i>	Т/К П/А
3.	Собеседование <i>(применяется для проверки уровня теоретической и практической подготовки обучающихся – в ходе зачета, экзамена)</i>	Контрольные вопросы (задания), выявляющие теоретическую/практическую подготовку обучающегося	Средство контроля, используемое в ходе <i>специальной беседы</i> преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу,	Вопросы (задания) для собеседования: - контрольные вопросы (задания), выявляющие теоретическую подготовку обучающегося; - контрольные вопросы (задания), выявляющие	П/А

№ п/п	Процедура контроля	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства, цель его применения	Представление оценочного средства в фонде	Формы контрол я
4.	Презентация (в значении: предъявление) результатов самостоятельной работы	Доклад/ сообщение/ реферат	Продукт самостоятельной работы, представляющий собой публичное выступление по решению определенной учебно- практической, учебной или научной темы	Тематика докладов/ сообщений/ рефератов	Т/К П/А
Оценочные средства, которые также могут быть применены в медицинском образовании					
1.	Круглый стол, дискуссия, полемика, диспут <i>(не относятся к специальным процедурам контроля, являются формами организации преимущественно семинарских занятий, но в ходе их проведения можно контролировать и оценивать степень сформированности способности к</i>		Позволяют включить обучающихся в процесс обсуждения спорного вопроса, проблемы и оценить их умение аргументировать собственную точку зрения	Перечень дискуссионных тем для проведения круглого стола, дискуссии, полемики, диспута	Т/К