

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Семенов Юрий Алексеевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 09.02.2026 09:36:24
Уникальный программный ключ:
7ee61f7810e60557bee49df035173820137abdb7

Приложение к РПД

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра физической и реабилитационной медицины
Кафедра неврологии и нейрохирургии.

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по образовательной
деятельности А.А. Ушаков

«20» июня 2025 г.

**Фонд оценочных средств по дисциплине
Б1.В.ДВ.01.03 Реабилитация при неврологических заболеваниях**

Уровень высшего образования: *подготовка кадров высшей квалификации*

Специальность: *31.08.42 Неврология*

Квалификация: *Врач-невролог*

г. Екатеринбург
2025

Фонд оценочных средств составлен в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО) 31.08.42 Неврология, утвержденного приказом Минобрнауки России № 103 от 02.02.2022., и с учетом требований профессионального стандарта «Врач-невролог», утвержденного приказом Минтруда России N 51н от 29.01.2019г.

Фонд оценочных средств составлен:

| № | ФИО | должность | уч.звание | уч. степень |
|---|-------------------------|--|-----------|-------------|
| 1 | Борзунова Ю.М. | Зав. кафедрой физической и реабилитационной медицины | профессор | д.м.н. |
| 2 | Гусев Вадим Вена-льевич | Заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии. | д.м.н. | |
| 3 | Волкова Лариса Ивановна | Профессор кафедры неврологии и нейрохирургии. | д.м.н. | Профессор |

Фонд оценочных средств одобрен представителем профессионального и академического сообщества. Рецензент:

Заведующий неврологическим отделением для лечения больных с нарушениями мозгового кровообращения ГБУЗ СО «СОКБ №1», главный внештатный невролог УрФО, д.м.н. Алашеев А.М.

Рабочая программа дисциплины обсуждена и одобрена:

- на заседании кафедры неврологии и нейрохирургии (протокол №10/24-25 от «05» мая 2025 г.);
- методической комиссией специальностей ординатуры (протокол №5 от «07» мая 2025 г.).

1. Кодификатор

Структурированный перечень объектов оценивания – знаний, умений, навыков, учитывающий требования ФГОС и ПС

| Дидактическая единица (ДЕ) | Контролируемые ЗУН, направленные на формирование УК и ПК | | |
|---|--|--|--|
| | Знать | Уметь | Владеть |
| ДЕ-1. Патофизиологическая основа реабилитации - нейропластичность. Основные принципы реабилитации больных с заболеваниями головного мозга. УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-6; ПК-8 Код ТФ – А/03.8 | -патофизиологи-ческие основы нейропластичности; -нормативно-правовые основы системы реабилитации; -организацию системы реабилитации для пациентов неврологического профиля в остром и раннем восстановительном периодах; -особенности реабилитации на позднем этапе восстановления; -основы фармакотерапии в нейрореабилитации; -показания и противопоказания к реабилитации. | - применить мультидисциплинарный подход к реабилитации неврологических пациентов; - решить вопрос о трудоспособности больного с неврологической патологией с учетом реабилитационного потенциала пациента. | - особенностями оценки реабилитационного потенциала; - техникой физикального обследования больных с неврологическими нарушениями для определения объема реабилитационных мероприятий; - заполнением реабилитационных карт и медицинской документации на различных этапах реабилитации. |
| ДЕ-2. Реабилитация больных с заболеваниями и травмами нервной системы и отдельными неврологическими синдромами. УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-6; ПК-8 Код ТФ – А/03.8 | -особенности реабилитации при инсульте, черепно-мозговой и позвоночно-спинномозговой травме, наследственно-дегенеративной патологии, рассеянном склерозе, вертеброгенных заболеваниях, патологии периферической нервной системы; -методы реабилитации нейропсихопатологических нарушений; -роль логопеда в восстановлении речевых нарушений; -виды речевых нарушений, причины развития афазий. -нейроурологические | - получить информацию о заболевании, выявить общие и специфические признаки неврологических нарушений для определения перечня реабилитационных мероприятий; - диагностировать нарушения акта глотания; - провести дифференциальную диагностику нейропсихопатологических нарушений; - определить программу реабилитационных меропри- | - диагностикой нарушений координации, двигательных нарушений, нарушений глотания, расстройств тазовых функций; - диагностикой когнитивных нарушений у пациентов неврологического профиля; - методами коррекции нарушений глотания; - методами нейропсихологической реабилитации. |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | технологии в восстановительном периоде тазовых нарушений при неврологической патологии. | ятий при различной неврологической патологии. | |
| <p>ДЕ-3. Принципы оценки и измерения результатов реабилитации.</p> <p>УК-1; УК-2; ПК-2; ПК-3; ПК-7; ПК-9</p> <p>Код ТФ – А/03.8</p> | <ul style="list-style-type: none"> - основные шкалы и опросники по изучению мобильности пациентов при реабилитации; - возможности клинической и инструментальной диагностики по динамике неврологического дефицита при выполнении реабилитационных методик. | <ul style="list-style-type: none"> - дать оценку течения заболевания, эффективности реабилитационных мероприятий, предусмотреть возможные осложнения и осуществить их профилактику; - оценить тяжесть состояния больного и оценить противопоказания для реабилитации. | <ul style="list-style-type: none"> - шкалами для оценки степени выраженности периферического или спастического пареза; - оценкой спастичности, чувствительных нарушений, функции поддержания вертикальной позы, нарушений ходьбы, расстройств мобильности; - методами оценки болевых синдромов; - анализом вегетативных нарушений у пациентов с заболеваниями нервной системы; - шкалами оценки психо-эмоциональных нарушений у пациентов с неврологическим дефицитом; - правильной интерпретацией и диагностической оценкой результатов лабораторного и инструментального обследования пациента для оценки эффективности реабилитации. |
| <p>ДЕ-4. Социально-психологическая и бытовая реабилитация больных при заболеваниях нервной системы.</p> <p>УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-6; ПК-8</p> <p>Код ТФ – А/03.8</p> | <ul style="list-style-type: none"> -социальные последствия заболеваний нервной системы; -роль социального работника в системе реабилитации пациентов неврологического профиля; -оборудование для бытовой адаптации пациентов; -нормативную базу по медико-социальной экспертизе и реабилитационных возможностях инвалида пациен- | <ul style="list-style-type: none"> -оценить способность пациента по восстановлению самообслуживания и социальной активности; -привлечь родственников и близких в реабилитацию пациента; -организовать школы для пациентов и семей пациентов с инсультом и другой неврологической | <ul style="list-style-type: none"> - методами социально-психологическая и бытовая реабилитация; - методами эготерапии. |

| | | | |
|--|-----------------------------------|---|--|
| | тов с неврологической патологией. | патологией; - заполнить необходимую документацию для медико-социальной экспертизы. | |
|--|-----------------------------------|---|--|

2. Аттестационные материалы

2.1. Вопросы экзаменационных билетов (с указанием УК, ПК)

| № | Вопрос | Компетенции (УК, ПК) |
|----|--|------------------------------------|
| 1 | Основные задачи и принципы реабилитации. | УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-6; ПК-8 |
| 2 | Возрастные особенности реабилитационного потенциала. | УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-6; ПК-8 |
| 3 | Реабилитационные мероприятия при центральном спастическом параличе | УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-6; ПК-8 |
| 4 | Ботулинотерапия, показания, механизм действия при спастических парезах | УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-6; ПК-8 |
| 5 | Физиотерапевтические методы лечения миофасциального синдрома. | УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-6; ПК-8 |
| 6 | Бальнеотерапия в восстановительном периоде заболеваний неврологического профиля | УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-6; ПК-8 |
| 7 | Реабилитационные технологии при вялом парезе конечностей. | УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-6; ПК-8 |
| 8 | Показания и противопоказания для реабилитации в санаторно-курортных учреждениях. | УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-6; ПК-8 |
| 9 | Система организации восстановительного лечения в амбулаторно-поликлинических условиях. | УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-6; ПК-8 |
| 10 | Нетрадиционные методы лечения пациентов неврологического профиля. | УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-6; ПК-8 |
| 11 | Рефлексотерапия при болевых синдромах в неврологии. | УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-6; ПК-8 |
| 12 | Роль вегетативных нарушений в период ранней реабилитации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения. | УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-6; ПК-8 |

Экзаменационный билет включает 3 вопроса:

- 1 вопрос – Этиология, патогенез, классификация, клиника заболеваний нервной системы.
- 2 вопрос – Диагностика, дифференциальная диагностика заболеваний нервной системы.
- 3 вопрос – Лечение заболеваний нервной системы, профилактика, реабилитация, диспансерное наблюдение.

Примеры экзаменационных билетов:

Билет №1

1. Нейропластичность – патофизиологическая основа реабилитации.
2. Принципы и этапы нейрореабилитации при заболеваниях нервной системы.
3. Мультидисциплинарный подход к реабилитации неврологических пациентов.

Билет №2

1. Система реабилитационной помощи больным с ОНМК.
2. Реабилитация больных с черепно-мозговой и позвоночно-спинномозговой травмой.
3. Методы реабилитации больных с нарушениями высшей корковой деятельностью, когнитивными нарушениями.

Билет №3

1. Оценка степени выраженности периферического или спастического пареза, функции поддержания вертикальной позы, нарушений ходьбы и мобильности.
2. Анализ вегетативных нарушений у пациентов с заболеваниями нервной системы во время реабилитации.
3. Шкалы оценки психо-эмоциональных нарушений у пациентов с неврологическим дефицитом.

2.2. Тестовые задания

Тестовые задания разработаны для каждой ДЕ и содержат от 3 до 6 вопросов. В тестовом задании студенту задаются 50 вопросов с возможностью выбора одного правильного ответа из 3-5 предложенных.

Примеры тестовых заданий:

1. Продолжительность медицинской реабилитации пациента определяется:
 - а) стандартами организации медицинской помощи
 - б) индивидуально лечащим врачом
 - в) по медицинским показаниям на основании решения мультидисциплинарного обсуждения врачебной комиссией
 - г) верно а, в
2. По степени активности физические упражнения могут быть:
 - а) Рефлекторные;
 - б) Активные;
 - в) Дренажные;
 - г) Пассивные;
 - д) Корректирующие;
3. Укажите этапы медицинской реабилитации:
 - а) Стационарный;
 - б) Самостоятельный;
 - в) Внебольничный;
 - г) Амбулаторно-поликлинический;
 - д) Санаторно-курортный

2.3. Перечень навыков при клиническом разборе:

- обследование больных (анамнез, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- ведение медицинской документации;
- интерпретация данных клинических, лабораторных, функциональных, инструментальных методов обследования.

Выберите верные варианты ответа

1. Какие виды физиотерапевтического лечения применяются у пациентов, перенесших мозговой инсульт с двигательными нарушениями:

- а) дарсонвализация волосистой части головы;
- б) электростимуляция мышц;
- в) ультразвуковое лечение.

2. Как длительно необходимо проводить реабилитационные мероприятия при речевых нарушениях:

- а) 6 месяцев;
- б) 1 год;
- в) 2 года;
- г) 3 года.

3. К признакам поражения пирамидных путей не относится:

- а) появление патологических рефлексов;
- б) повышение мышечного тонуса;
- в) клonusы стоп;
- г) повышение глубоких рефлексов;
- д) атрофия мышц.

4. Абсолютным показанием к оперативному лечению проявлений поясничного остеохондроза является:

- а) люмбоишиалгия с выраженным болевым синдромом;
- б) срединное выпадение диска с развитием нижней параплегии;
- в) пояснично-крестцовый радикулит;
- г) люмбаго;
- д) люмбалгия.

5. Какие средства кинезотерапии используют у пациентов с мозговым инсультом в остром периоде:

- а) активная кинезотерапия;
- б) лечение положением;
- в) массаж;
- г) пассивная кинезотерапия.

6. Каковы задачи кинезотерапии в остром периоде инсульта:

- а) профилактика развития контрактур и пролежней;
- б) сохранение подвижности суставов парализованных конечностей и улучшение трофики;
- в) ликвидация спастически повышенного тонуса мышц;
- г) подавление патологических двигательных синергий;
- д) улучшение координации движений;
- е) обучение ходьбе, самообслуживанию и ежедневным видам деятельности;
- ж) обучение мышечному расслаблению.

7. Каковы задачи кинезотерапии при периферических параличах и парезах:

- а) предотвратить контрактуры и перерастяжение мышц, сухожилий и связок;
- б) предотвратить фиброзное перерождение денервированных мышц;
- в) способствовать проявлению чувствительности;
- г) бороться с дискоординацией и порочными двигательными стереотипами;
- д) обучить мышечному расслаблению.

8. Какие средства кинезотерапии используют в остром периоде болей в спине:

- а) лечение положением;
- б) ЛФК;
- в) массаж;
- г) вытяжение позвоночника;
- д) статические упражнения.

9. Каковы основные задачи кинезотерапии при дискогенной радикулопатии:

- а) обеспечить пространственное освобождение сдавленных нервных корешков;
- б) улучшить дыхание, кровообращение, обмен веществ;
- в) сохранить мышечный тонус;
- г) препятствовать развитию обширных мышечных атрофий;
- д) поддерживать перистальтику кишечника;
- е) уменьшить спазм паравертебральной мускулатуры;
- ж) мобилизовать позвоночник после выхода из острой фазы;
- з) усилить мускулатуру живота и экстензоры тазобедренного сустава;
- и) устранить функциональный блок в ПДС.

10. Наиболее часто мозговой инсульт сопровождается следующими дезадаптирующими синдромами:

- а) двигательный дефицит;
- б) нарушение речи;
- в) нарушение поддержания позы и координации движений;
- г) нарушение высших психических функций (память, внимание мышление, праксис, гнозис);
- д) нарушение чувствительности.

11. Саногенетический механизм, задействованный при восстановлении функции у пациента с мозговым инсультом:

- а) реституция;
- б) регенерация;
- в) компенсация;
- г) реадaptация.

12. Ранний восстановительный период инфаркта мозга длится до:

- а) 2-х лет;
- б) 6-х мес.;
- в) 3-х мес.;
- г) до года.

13. Поздний восстановительный период инфаркта мозга длится до:

- а) 2-х лет;
- б) 6-х мес.;
- в) 3-х мес.;
- г) до года.

14. Когда следует начинать реабилитационные мероприятия у пациента с инфарктом мозга при лечении положения и дыхательной гимнастики пассивно-активного типов:

- а) с 1-х суток;
- б) с 1-х часов нахождения в стационаре;
- в) с момента перевода в реабилитационное отделение;
- г) на амбулаторном этапе реабилитации;
- д) на санаторном этапе.

15. Является ли противопоказанием к проведению реабилитационных мероприятий коматозное состояние пациента:

- а) да;
- б) нет.

16. Задачами лечения положением у пациента с инфарктом мозга являются:

- а) профилактика пролежней;
- б) профилактика травмирования суставов парализованных конечностей;

- в) нормализация мышечного тонуса в парализованных конечностях;
- г) нормализация психологического статуса пациента;
- д) профилактика застойной пневмонии;
- е) профилактика аспирационных пневмоний.

17. В основе метода Bobath терапии лежат следующие принципы:

- а) постуральная адаптация;
- б) поэтапное восстановление произвольных движений;
- в) восстановление движений в сочетании с адекватным сенсорным восприятием.

18. Двигательный режим пациентов в период обострения неврологических проявлений остеохондроза позвоночника:

- а) палатный;
- б) свободный;
- в) постельный;
- г) активный.

19. В период обострения неврологических проявлений остеохондроза позвоночника при выборе физиотерапевтических мероприятий следует предпочесть:

- а) синусоидмодулированные токи от аппарата «Амплипульс»;
- б) теплолечение;
- в) ультрафонофорез с гидрокортизоном на поясничную область позвоночника и пострадавшую ногу;
- г) бальнеотерапию.

20. Ортезы — это:

- а) функциональные приспособления, изменяющие структурные и функциональные характеристики опорно-двигательного аппарата (шины, воротники, туторы, бандажи, пояса и т. д.);
- б) средства, используемые для облегчения передвижения (трости, костыли, ходунки);
- в) давящие повязки для уменьшения отечности мягких тканей.

21. Какие функциональные положения противопоказаны пациентам, перенесшим оперативное вмешательство по поводу грыжи межпозвонкового диска:

- а) пребывание в положении «стоя»;
- б) пребывание в положении «сидя»;
- в) пребывание в положении «лежа»;
- г) длительная ходьба;
- д) наклон вперед с подъемом тяжести.

22. Показания к оперативному лечению неврологических проявлений остеохондроза позвоночника:

- а) желание пациента;
- б) признаки компрессии спинного мозга;
- в) признаки компрессии конского хвоста;
- г) нарушение функции тазовых органов;
- д) отсутствие положительного эффекта от комплексной консервативной терапии, проводимой в течение месяца;
- е) остро возникшая радикулоишемия;
- ж) резко выраженный болевой синдром.

23. Когда начинают применять раннюю реабилитацию пациентов с инсультом:

- а) через 6 мес.;
- б) через 2 мес.;
- в) через 2 недели;
- г) с 1-го дня.

24. Какие из нижеперечисленных состояний являются показанием для проведения ранней реабилитации при инфаркте мозга:

- а) нарушение сознания;
- б) глубокие парезы и плегия конечностей;
- в) легкие парезы конечностей;

- г) острые ишемические изменения на ЭКГ;
- д) выраженные нарушения сердечного ритма;
- е) атаксия;
- ж) сердечная недостаточность;
- з) афферентные парезы;
- и) тромбозы вен;
- к) грубые когнитивные расстройства;
- л) афазия;
- м) дизартрия.

25. Какие из нижеперечисленных состояний являются противопоказанием для проведения ранней реабилитации при инфаркте мозга:

- а) нарушение сознания;
- б) глубокие парезы и плегия конечностей;
- в) легкие парезы конечностей;
- г) острые ишемические изменения на ЭКГ;
- д) выраженные нарушения сердечного ритма;
- е) атаксия;
- ж) сердечная недостаточность высоких степеней;
- з) афферентные парезы;
- и) тромбозы вен;
- к) грубые когнитивные расстройства;
- л) афазия;
- м) дизартрия.

26. Компенсация — это:

- а) полное восстановление функции;
- б) стабилизация процесса с определенным функциональным дефицитом;
- в) адаптация к изменившимся условиям.

27. Каковы меры профилактики пневмонии у пациентов с инфарктом мозга:

- а) прием жидкой пищи;
- б) прием твердой пищи;
- в) прием полужидкой пищи с загустителями;
- г) однократный прием большого количества пищи;
- д) прием пищи небольшими порциями, с паузой после каждого глотка;
- е) горизонтальное положение пациента после приема пищи;
- ж) вертикальное положение (сидя, полусидя) после приема пищи;
- з) частые повороты в кровати.

28. Какие меры применяют для профилактики пролежней у пациентов с инфарктом мозга:

- а) туалет кожи 1 раз в неделю;
- б) ежедневный туалет кожи;
- в) повороты в кровати 2 раза в сутки;
- г) повороты в кровати через каждые 2–3 ч;
- д) применение противопролежневых матрасов.

29. Какие меры применяют для профилактики тромбоза вен нижних конечностей и тромбоэмболии легочной артерии у пациентов с инфарктом мозга:

- а) опускание конечностей с кровати вниз;
- б) ранняя активизация;
- в) применение компрессионных чулок, эластичных бинтов;
- г) перетягивание жгутом;
- д) сокращение приема жидкости;
- е) назначение дегидратирующих средств;
- ж) назначение антиагрегантов.

30. Какие меры применяют для профилактики и лечения артропатии в плечевом суставе у пациентов с инфарктом мозга:

- а) укладка всех отделов парализованной руки на одном горизонтальном уровне;
- б) разноуровневая укладка конечности (как это наблюдается в естественных условиях);
- в) поддержка плечевого сустава подушками;
- г) вытяжение сустава под собственной тяжестью руки;
- д) раннее применение пассивных движений в паретичной руке;
- е) фиксация плечевого сустава;
- ж) местное назначение обезболивающих средств;
- з) аппликации парафина или озокерита на сустав;
- и) стимуляция сустава льдом.

31. При повреждении нервного ствола восстановительный период длится:

- а) 1 неделю;
- б) 3 недели – 3 мес.;
- в) 3–6 мес.;
- г) 3–5 лет.

32. Оперативное восстановление целостности периферического нервного ствола может осуществляться:

- а) первичным швом в остром периоде;
- б) отсроченным швом при санации раны;
- в) проведением пластики нервного ствола в отдаленном периоде;
- г) проведением интенсивной лазеротерапии.

33. Какие физиотерапевтические мероприятия следует предпочесть при компрессионно-ишемической нейропатии лучевого нерва в остром периоде:

- а) теплолечение;
- б) электростимуляцию пострадавшего нерва;
- в) иглорефлексотерапию;
- г) ультрафонофорез с гидрокортизоном на проекцию места компрессии;
- д) индуктотермию надпочечников;
- е) диадинамические токи на рефлексогенные зоны;
- ж) лазеротерапию близлежащих суставов;
- з) нет правильного варианта ответа.

34. Что является противопоказанием к проведению электростимуляции нерва при травматической нейропатии периферического нерва в остром периоде:

- а) болевой синдром при проведении процедуры;
- б) отсутствие целостности нервного ствола;
- в) наличие плохого стояния костных отломков в ране.

35. Для оценки функционального состояния нервно-мышечного аппарата наиболее показательными являются следующие диагностические методы:

- а) магнитно-резонансная томография;
- б) компьютерная томография;
- в) ультразвуковая диагностика;
- г) электронейромиография;
- д) электроэнцефалография;
- е) классическая электродиагностика.

36. Что включает в себя понятие «безбарьерная среда»:

Варианты ответов:

- а) организация свободного доступа инвалидов с двигательными нарушениями к магазинам, аптекам, поликлиникам и т. д. (пандусы, поручни, лифты);
- б) оборудование общественного транспорта низкими ступенями или подъемником;
- в) оборудование мест досуга (бассейнов, парков, театров и т. д.) вспомогательными средствами для инвалидов с двигательными нарушениями.

Ответы НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1 (б); 2 (г); 3 (д); 4 (б); 5 (а–г); 6 (а–г); 7 (а, б, г); 8 (а); 9 (а, е–и); 10 (а–д); 11 (в, г); 12 (в); 13 (г); 14 (б); 15 (б); 16 (а–в, е); 17 (а–в); 18 (в); 19 (а, в); 20 (а); 21 (б, д); 22 (б–ж); 23 (г); 24 (б–м); 25 (г, д, ж, и, к); 26 (в); 27 (в, д, ж, з); 28 (б, г, д); 29 (б, в, ж); 30 (а–з); 31 (в); 32 (а–в); 33 (з); 34 (б, в); 35 (г, е); 36 (а–в).

2.3. Примеры клинических задач

Задача № 1

У пациента, 75 лет, перенесшего два церебральных инсульта, страдающего мерцательной аритмией, отмечается поперхивание при еде, осиплость голоса, нарушение артикуляции речи («каша во рту»), ослабление подвижности мягкого неба с двух сторон, оживление глоточных и нижнечелюстного рефлексов, насильственный плач, снижение силы и объема движений во всех конечностях, оживление сухожильных рефлексов с двух сторон, двусторонний симптом Бабинского.

Вопросы:

1. Назовите неврологические синдромы, топическую локализацию процесса
2. Назовите предположительный диагноз, перечислите заболевания для дифференциального диагноза
3. Тактика реабилитации

Задача № 2

На прием к неврологу обратилась женщина, в течение 12 лет страдающая сахарным диабетом. Жалобы на онемение и боли в стопах. При обследовании обнаружена гипестезия в дистальных отделах конечностей: с уровня нижней трети предплечья на руках, с верхней трети голени на ногах. Ахилловы рефлексы симметрично снижены.

Вопросы:

1. Назовите неврологические синдромы, топическую локализацию процесса
2. Разработайте план индивидуальной реабилитации
3. Тактика ведения и лечения на амбулаторном этапе

Задача № 3

Пациентка, 53 года, обратилась с жалобами на дрожание и неловкость в конечностях, нарушение самообслуживания: не может удерживать кружку, ложку в руках, не пролив содержимого, невозможность письма, выполнения мелких движений. Считает себя больной в течение 5 лет, когда появилось дрожание и скованность в правой руке. Заболевание постепенно прогрессирует: присоединились скованность в правой ноге, а затем скованность и дрожание в левой руке и ноге. Объективно: гипомимия, монотонная речь, в руках – дрожание преимущественно в покое, повышение тонуса в конечностях по типу «зубчатого колеса», грубее слева, замедление темпа движений. Рефлексы живые, симметричные, патологических рефлексов нет.

Вопросы:

1. Назовите неврологические синдромы, топическую локализацию процесса
2. Назовите предположительный диагноз, перечислите заболевания для дифференциального диагноза, напишите объем обследования и лечения
3. Перечислите реабилитационные мероприятия

Задача № 4

Больной Б., 36 лет, слесарь. В течение года страдает периодическими болями в пояснично-крестцовой области. Возникновение заболевания связывает с физической нагрузкой и переохлаждением. Три месяца назад, после подъема тяжести, почувствовал сильную боль в пояснично-крестцовой области, распространяющуюся в правую ногу. Боль усиливалась при движении правой ноги, при кашле, натуживании и, несмотря на лечение, не уменьшалась. Объективно: напряжение длинных мышц спины в поясничной области, правая ягодичная складка ниже левой. Коленные рефлексы равномерно повышены, ахиллов рефлекс справа снижен. Отмечена гипестезия по наружно-задней поверхности правой голени и наружному краю стопы. Выраженная болезненность паравerteбральных точек в поясничной области. положительные симптомы натяжения Нери и Ласега справа.

Вопросы:

1. Назовите неврологические синдромы, топическую локализацию процесса
2. Назовите тактику лечения, показания для оперативного и консервативного лечения
3. Перечислите реабилитационные мероприятия

Задача №5

Больной А., 67 лет, внезапно почувствовал головокружение (предметы перемещались), возникли рвота, двоение в глазах, изменился голос, перестал глотать пищу, онемели левая половина лица и правая половина тела, пошатывало влево. При поступлении в клинику нервных болезней: состояние тяжелое, вял, сонлив; на вопросы отвечает, инструкции выполняет. Пульс – 72 удара в минуту, аритмичный. Тоны сердца приглушены. Артериальное давление – 120/60 мм рт.ст. Периферические сосуды уплотнены. Неврологический статус: синдром Горнера слева. Нистагм. Атаксия в левых конечностях. Альтернирующее диссоциированное нарушение чувствительности (на лице слева, на туловище и конечностях справа). Сходящееся косоглазие слева. Парез левой голосовой связки. Опускание мягкого неба слева. Дисфагия, дизартрия.

Вопросы:

1. Назовите неврологические синдромы, топическую локализацию процесса
2. Назовите предположительный диагноз, перечислите состав мультидисциплинарной бригады для проведения реабилитации
3. Перечислите реабилитационные мероприятия

3. Технологии и критерии оценивания

Форма аттестации по дисциплине – зачет (3 семестр).

Цель промежуточной аттестации – оценить степень освоения ординаторами дисциплины «Неврология» в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.08.42 Неврология.

Уровень сформированности компетенций подтверждается посредством демонстрации знаний, который ординатор приобретает в ходе изучения дисциплины «Реабилитация при неврологических заболеваниях». Проверка знаний проводится на этапе тестирования по основным вопросам теоретического материала.

Зачет проводится в форме клинического разбора больного. Ординатор проводит осмотр и опрос больного (жалобы, анамнез заболевания и жизни), знакомится с результатами лабораторных и инструментальных исследований, осмотров специалистов (изучает историю болезни) и формулирует клинический диагноз. Назначает комплексное лечение и дает рекомендации по профилактике болезни, диспансерному наблюдению. При необходимости, участники клинического разбора задают дополнительные вопросы докладчику. В заключение преподаватель подводит итог клинического разбора, приводит аргументы в пользу основного и сопутствующего клинического диагноза.

Зачет с оценкой включает клинический разбор и тестирование. Оценка выставляется по результату тестирования.

Экзамен проводится в форме клинического разбора больного, тестирования, собеседование по билету. Оценка выставляется по результату тестирования и собеседования по билету.

Критерии зачета этапа клинического разбора больного:

Проведен подробный расспрос больного, определены все детали анамнеза болезни, анамнеза жизни. Сделаны соответствующие выводы. Проведен осмотр по органам и системам: выделены главные симптомы. Определены ведущие синдромы основного, сопутствующего (при его наличии), фонового (при его наличии) заболевания. Интерпретированы результаты лабораторных анализов (при их наличии). Сформулирован клинический диагноз. Проведен дифференциальный диагноз (при необходимости). Определена тактика лечения и ближайший прогноз. Обучающийся демонстрирует умение анализировать информацию, выделяет главные и второстепенные признаки болезни, правильно использует терминологию, ставит диагноз согласно действующих классификаций, выбирает оптимальный метод лечения, диагностики, реабилитации, профилактики, разрабатывает план в зависимости от индивидуальных особен-

стей, устанавливает причинно-следственные связи и уверенно аргументирует собственную точку зрения.

Возможно наличие замечаний, имеющих несущественный характер при сборе анамнеза и осмотре больного и незначительные ошибки, не способные негативно повлиять на течение и исход болезни. Неполная формулировка клинического диагноза в части выделения сопутствующих или фоновых заболеваний, затруднение с определением ближайшего прогноза.

Незачет – если допущена грубая диагностическая ошибка (неправильно сформулирован диагноз), определена неверная лечебная тактика, если допущена ошибка, способная привести к осложненному течению болезни и ухудшить прогноз.

Критерии оценки этапа тестирования:

Результат оценивается как «зачтено» или «не зачтено», знания по дисциплине засчитываются, если есть положительный ответ на 70% и более тестовых заданий по данной дисциплине.

1. Положительный ответ на менее чем 70% тестовых заданий свидетельствует о несформированности компетенций по дисциплине.
2. Положительный ответ на 70–79% тестовых заданий свидетельствует о низком уровне сформированности компетенций по дисциплине.
3. Положительный ответ на 80–89% тестовых заданий свидетельствует о среднем уровне сформированности компетенций по дисциплине.
4. Положительный ответ на 90–100% тестовых заданий свидетельствует о высоком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

70-79% правильных ответов – удовлетворительно.

80-89% правильных ответов – хорошо.

90% и выше – отлично.

Критерии оценки этапа собеседования по билетам:

Неудовлетворительно

Отсутствие ответа либо абсолютно неверное изложение материала по поставленному вопросу билета и/или абсолютно неверное решение ситуационной задачи.

Удовлетворительно

- | | |
|---------|--|
| 3 балла | Ординатор демонстрирует знание и понимание основных положений изучаемой темы, однако материал изложен неполно, допущены существенные ошибки, недостаточно доказательно обоснованы суждения, не может привести примеры из учебного материала. Ответ сформулирован с помощью наводящих вопросов преподавателя. |
|---------|--|

Хорошо

- | | |
|---------|--|
| 4 балла | Изученный материал изложен полно, даны правильные определения понятий, но допущены несущественные ошибки или неточности, которые обучающийся исправляет самостоятельно при коррекции со стороны преподавателя, при этом имеется понимание материала, даются обоснованные суждения, приводятся примеры из учебного материала и/или самостоятельно составленные. |
|---------|--|

Отлично

- 5 баллов Изученный материал изложен полно, в логической последовательности, даны правильные определения понятий, ординатор демонстрирует понимание материала, обосновывает свои суждения, приводя примеры из учебного материала и/или самостоятельно составленные.