

федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
имени академика Е.Н. Мешалкина»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ
Заместитель генерального директора
по организационно-методической работе
Д.А. Астапов
«29» 2022 г.



МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ

Б1.В.ОД.1 ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

по программе ординатуры

Специальность:	31.08.56 Нейрохирургия
Квалификация:	Врач-нейрохирург
Форма обучения	Очная

Методические указания по освоению дисциплины являются частью основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.56 Нейрохирургия.

Методические указания по освоению дисциплины предназначены для реализации обязательных требований ФГОС ВО и могут быть использованы в учебном процессе по специальности 31.08.56 Нейрохирургия.

Методические указания разработал(и):

Фамилия И.О.	Должность	Ученая степень, ученое звание
Сёмин П.А.	Заведующий нейрохирургическим отделением -врач-нейрохирург, доцент отдела высшего и дополнительного профессионального образования центра высшего и дополнительного профессионального образования	Кандидат медицинских наук

Рецензент(ы):

Фамилия И.О.	Должность	Ученая степень, ученое звание	Организация, кафедра
Киселёв Р.С.	Доцент отдела высшего и дополнительного профессионального образования центра высшего и дополнительного профессионального образования	к.м.н.	ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России

Методические указания рассмотрены и одобрены на заседании цикловой методической комиссии ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России.

Протокол № 1 от 29 августа 2022г.

Оглавление

1. Цель и задачи дисциплины	4
2. Содержание основных видов занятий и особенности их проведения при изучении дисциплины.....	4
3. Задания для подготовки к занятиям	5
4. Критерии оценок деятельности обучающихся при освоении учебного материала	16
5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины	17

1. Цель и задачи дисциплины

Целью освоения дисциплины «Острое нарушение мозгового кровообращения» является подготовка квалифицированного врача, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи.

Задачами освоения дисциплины является:

- формирование базовых, фундаментальных медицинских знаний по разделу «Острое нарушение мозгового кровообращения».
- подготовка врача, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной невровазкулярной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.
- формирование умений в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.
- формирование компетенций врача в областях: профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной, психолого-педагогической, организационно-управленческой.

2. Содержание основных видов занятий и особенности их проведения при изучении дисциплины

Организация учебной деятельности обучающихся по дисциплине осуществляется в следующих формах:

Аудиторная (контактная с преподавателем) работа включает в себя:

- лекционные занятия под руководством преподавателя, включающие освоение теоретического материала по дисциплине;
- групповые семинарские занятия под руководством преподавателя, включающие аудиторную самостоятельную работу по заданию (под контролем) преподавателя;
- групповые практические занятия под руководством преподавателя, включающие аудиторную самостоятельную работу по заданию (под контролем) преподавателя;

Внеаудиторная (самостоятельная) работа обучающихся:

- заключается в работе с методическими указаниями по освоения дисциплины, конспектом лекций, с основной и дополнительной литературой, информационно-правовыми справочными системами, электронными образовательными ресурсами;
- сопровождается индивидуальными (групповыми) консультациями, собеседованием, приемом отработок пропущенных занятий.

При проведении занятий лекционного типа дается основной систематизированный материал. Отдельные темы дисциплины не разбираются на лекциях и рекомендуются для самостоятельного изучения по рекомендуемой учебной литературе и учебным пособиям. Содержание тем, отведенных на самостоятельное изучение, контролируются при проведении текущего и промежуточного контроля.

Работа с обучающимися на семинарском занятии представляет собой:

- текущий контроль и закрепление знаний, полученных на лекциях и в процессе самостоятельной работы в виде опроса-семинара, выступления по теме.

Работа с обучающимися на практическом занятии представляет собой:

- выполнение ситуационных заданий.

Самостоятельная работа представляет собой:

- анализ информации из различных источников,
- подготовку к ответам на вопросы для проверки и закрепления знаний,
- подготовку к выполнению ситуационных заданий,
- подготовку тезисов выступлений, презентаций к докладам.

Распределение часов контактной работы по видам учебной деятельности и самостоятельной работы по темам дисциплины и видам занятий приведено в разделе «Содержание дисциплины» рабочей программы дисциплины.

Изучение дисциплины завершается зачетом в 4 семестре.

3. Задания для подготовки к занятиям

3.1. Задания для подготовки к семинарским занятиям

4 семестр

Семинарское занятие № 1

Тема 1.1 ОНМК, классификация и дифференциальная диагностика.

Контрольные вопросы:

1. Общие вопросы атеросклероза брахиоцефальных и церебральных артерий: патогенез, естественное течение, диагностика и методы визуализации.
2. Транзиторная ишемическая атака, критерии, тактика.

Темы докладов:

1. Патогенез атеросклероза, факторы дестабилизации атеросклеротической бляшки

Семинарское занятие №2

Тема 1.2. Лучевая диагностика инсульта.

Контрольные вопросы:

1. Нейрорадиологическое обследование пациентов с ОНМК по ишемическому типу

Темы докладов:

1. Диагностика атеротромботического инсульта, классификация стенозов.

Семинарское занятие №3

Тема 1.3. Клиническая диагностика ОНМК, применение клинических шкал.

Контрольные вопросы:

1. Ишемический инсульт: этиология, патогенез, клиника, диагностика и методы визуализации.

Темы докладов:

1. Клиническая диагностика ОНМК, применение клинических шкал

Семинарское занятие №4

Тема 1.4 Тактика лечения ишемического инсульта в острейшем периоде.

Контрольные вопросы:

1. Механическая тромбэкстракция в лечении острого ишемического инсульта: алгоритм действий при остром ишемическом инсульте, инструментарий и техника тромбэкстракции.
2. Тромболитическая терапия

Темы докладов:

1. Способы хирургической реваскуляризации, сроки оперативного вмешательства

Семинарское занятие №5

Тема 1.5. Тактика лечения пациентов с внутричерепным кровоизлиянием. Методы лечения церебральных аневризм и артерио-венозных мальформаций.

Контрольные вопросы:

1. Субарахноидальное кровоизлияния, церебральный ангиоспазм. Диагностика, тактика.
2. Морфология, классификация, клиника и диагностика церебральных аневризм.

3. Аневризматическое субарахноидальное кровоизлияние: градации и шкалы, течение, лечение и прогноз. Церебральный ангиоспазм.
4. Показания к лечению неразорвавшихся церебральных аневризм: эволюция представлений о риске естественного течения аневризм против риска хирургического лечения.
5. Принципы и методы эндоваскулярного лечения церебральных аневризм.
6. Классическая техника эмболизации микроспиральями. Баллон- и стент-ассистенция в лечении церебральных аневризм. Отличия интракраниальных баллонов и стентов от их коронарных и периферических собратьев.
7. Сложные варианты стентирования при лечении церебральных аневризм. Поток перенаправляющие устройства в лечении церебральных аневризм.
8. Новые методики лечения церебральных аневризм: бифуркационные устройства, интрааневризматические разрушители потока.
9. Деконструктивные вмешательства в лечении церебральных аневризм. Баллонная тест-окклюзия церебральных магистралей. Коллатеральный кровоток.
10. Морфология и гемодинамика церебральных артериовенозных мальформаций
11. Эволюция представлений о риске естественного течения и показаний к хирургическому лечению АВМ.
12. Классификация церебральных АВМ.
13. Принципы и техники эмболизации церебральных АВМ.
14. Базовые сведения о мультимодальном лечении церебральных АВМ.
15. Дуральные артериовенозные фистулы головного мозга. Патогенез, клиника, диагностика и классификации церебральных дАВФ.
16. Травматические каротидно-кавернозные соустья. Клиника, классификация, принципы и методы эмболизации.
17. Патологические артериовенозные шунты преимущественно детского возраста: артериовенозные мальформации вены Галена; пиальные артериовенозные фистулы.

Темы докладов:

1. Морфология, классификация, клиника и диагностика церебральных аневризм.
2. Аневризматическое субарахноидальное кровоизлияние: градации и шкалы, течение, прогноз. Церебральный ангиоспазм.
3. Показания к лечению неразорвавшихся церебральных аневризм: эволюция представлений о риске естественного течения аневризм против риска хирургического лечения.
4. Принципы и методы эндоваскулярного лечения церебральных аневризм.
5. Классическая техника эмболизации микроспиральями. Баллон- и стент-ассистенция в лечении церебральных аневризм. Отличия интракраниальных баллонов и стентов от их коронарных и периферических собратьев.
6. Сложные варианты стентирования при лечении церебральных аневризм. Поток перенаправляющие устройства в лечении церебральных аневризм.
7. Новые методики лечения церебральных аневризм: бифуркационные устройства, интрааневризматические разрушители потока.
8. Деконструктивные вмешательства в лечении церебральных аневризм. Баллонная тест-окклюзия церебральных магистралей. Коллатеральный кровоток.
9. Баллонная тест-окклюзия церебральных магистралей. Коллатеральный кровоток. Нерешённые вопросы эндоваскулярной хирургии церебральных аневризм: гигантские и фузиформные аневризмы
10. Ведение пациентов с субарахноидальным кровоизлиянием.
11. Морфология и гемодинамика церебральных артериовенозных мальформаций
12. Эволюция представлений о риске естественного течения и показаний к хирургическому лечению АВМ
13. Диагностика АВМ
14. Классификация церебральных АВМ.

15. Принципы и техники эмболизации церебральных АВМ.
16. Базовые сведения о мультимодальном лечении церебральных АВМ.
17. Дуральные артериовенозные фистулы головного мозга. Патогенез, клиника, диагностика и классификации церебральных дАВФ.
18. Принципы и методы эмболизации церебральных дАВФ.
19. Травматические каротидно-кавернозные соустья. Клиника, классификация, принципы и методы эмболизации.
20. Патологические артериовенозные шунты преимущественно детского возраста: артериовенозные мальформации вены Галена; пиальные артериовенозные фистулы.

Семинарское занятие №6

Тема 1.6. Первичная и вторичная профилактика инсульта. Методы реваскуляризации. Комплексная реабилитация.

Контрольные вопросы:

1. Баллонная ангиопластика и стентирование внутренних сонных артерий. Показания к оперативному лечению
2. ЧТКА ВСА и каротидэндартерэктомия
3. Атеросклероз позвоночных артерий, тактика.
4. Понятие медицинской реабилитации (МР), цель, задачи, виды
5. Реабилитационный диагноз, реабилитационный прогноз, реабилитационный потенциал
6. Вертикализация в нейрореабилитации.

Темы докладов:

1. Профилактические мероприятия по снижению риска возникновения инсульта
2. Понятие медицинской реабилитации (МР), цель, задачи, виды
3. Организация службы МР, состав мультидисциплинарной реабилитационной бригады
4. Реабилитационный диагноз, реабилитационный прогноз, реабилитационный потенциал
5. Средства, принципы МР
6. Этапы МР, задачи этапов.
7. Система нейрореабилитации после инсульта
8. Методы нейрореабилитации когнитивных нарушений
9. Применение ботулинотерапии в нейрореабилитации.
10. Вертикализация в нейрореабилитации.
11. Бальнеотерапия в нейрореабилитации.
12. Консервативная терапия атеросклероза БЦА
13. Показания для хирургического лечения атеросклероза брахиоцефальных артерий
14. ЧТКА ВСА и каротидэндартерэктомия
15. Атеросклероз позвоночных артерий, тактика.

Семинарское занятие № 7

Тема: Зачётное занятие в 4 семестре

Тестовые задания:

1. К транзиторным ишемическим атакам относят острые нарушения мозгового кровообращения, клинические проявления которых существуют не более:
 - а. 15 минут;
 - б. 1 часа;
 - в. 6 часов;
 - г. 12 часов;
 - д. 24 часов;
 - е. 3 суток.

2. В каком сосудистом бассейне чаще возникают преходящие нарушения мозгового кровообращения?
 - а. Передней мозговой артерии
 - б. Средней мозговой артерии
 - в. Задней мозговой артерии
 - г. Вертебробазилярном

3. Признак характерный для субарахноидального кровоизлияния:
 - а. атаксия,
 - б. менингеальные симптомы,
 - в. гемипарез
 - г. изоэлектрическая ЭЭГ
 - д. клеточно-белковая диссоциация в спинномозговой жидкости

4. Для вертебробазилярной недостаточности характерно:
 - а. гемипарез
 - б. афазии
 - в. астазия, абазия
 - г. нарушения статики, походки и координации
 - д. Джексоновская эпилепсия

5. При паренхиматозно-субарахноидальном кровоизлиянии не развиваются:
 - а. утрата сознания
 - б. кровянистый ликвор
 - в. смещение срединного ЭХО-сигнала
 - г. контралатеральный гемипарез
 - д. галлюцинации

6. Для тромбоза мозговых сосудов не характерно:
 - а. наличие в анамнезе транзиторных ишемических атак
 - б. наличие симптомов предвестников
 - в. постепенное формирование очаговой симптоматики
 - г. малая выраженность общемозговой симптоматики
 - д. быстрое формирование очаговой симптоматики

7. Положительные диагностические признаки субарахноидального кровоизлияния могут быть получены:
 - а. при люмбальной пункции
 - б. при ЭЭГ в. при РЭГ
 - в. Рентгенографии
 - г. УЗДГ

8. Постепенное развитие заболевания, обычно в пожилом возрасте, лёгкая оглушённость сознания, бледность кожных покровов, аритмичный пульс, высокий протромбиновый индекс, моно- или гемипарезы, нередко преходящие двигательные, чувствительные и речевые нарушения в анамнезе характерны для:
 - а. тромбоза мозговых сосудов
 - б. эмболии мозговых сосудов
 - в. кровоизлияния в мозг
 - г. туберкулёзного менингита
 - д. гриппозного менингоэнцефалита

9. Фактором риска развития церебрального инфаркта не является:
- гипотиреоз
 - гиперхолистеринемия
 - фибрилляция предсердий
 - артериальная гипертензия
 - заболевания сердца
10. Наиболее частой причиной ишемического инсульта является
- артерио-венозная мальформация
 - фиброзно-мышечная дисплазия мозговых сосудов
 - гипертензионная гиперплазия интимы
 - разрыв сосудов мозга
 - окклюзия сосуда
11. Отметьте основные диагностические признаки ишемического инсульта:
- бледное лицо, сознание сохранено, постепенное развитие гемиплегии, нередко инфаркт миокарда или нарушение сердечного ритма в анамнезе
 - багровое лицо, АГ, нарастающие нарушения сознания, рвота, менингеальный синдром, паралич взора, гемиплегия, дыхание Чейн-Стокса
 - головная боль, рвота, афазия, гемипарез, исчезающие в течение суток, АГ отсутствие очаговых неврологических симптомов, выраженные менингеальные знаки, сильная головная боль, рвота, сопор
 - в анамнезе предшествующая ЧМТ, после светлого промежутка развитие гемипареза и анизокории
12. Моторная афазия встречается у правшей при ОНМК:
- в бассейне левой внутренней сонной артерии
 - в бассейне правой внутренней сонной артерии
 - вертебрально-базилярном бассейне
13. Для субарахноидального кровоизлияния обязательным признаком является
- утрата сознания
 - зрачковые расстройства, нистагм
 - менингеальный синдром
 - двусторонние пирамидные патологические знаки
14. Симптомы характерные для инсульта в системе средней мозговой артерии:
- альтернирующий синдром Валленберга-Захарченко
 - моторная афазия, гемипарез, гемигипестезия
 - бульбарный паралич
 - атаксия, нистагм, гипотония
 - зрительная агнозия
15. Клинические симптомы характерные для геморрагического инсульта
- выраженные общемозговые, очаговые и менингеальные симптомы
 - расстройства чувствительности по проводниковому типу
 - постепенное начало заболевания
 - предшествующие преходящие симптомы
 - сохранение сознания
16. Ипсилатеральная преходящая амблиопия с контралатеральными гемипарезом и гемигипестезией чаще всего происходит при поражении:

- а. задней хориоидальной артерии
- б. средней мозговой артерии
- в. вертебрально-базилярной системы
- г. внутренней сонной артерии

17. Какие виды лечения можно использовать как недифференцированную терапию при острых нарушениях мозгового кровообращения?

- а. предупреждение и лечение нарушений дыхания
- б. антикоагулянты и тромболитическая терапия
- в. лечение нарушений общей гемодинамики
- г. борьба с отёком мозга и внутричерепной гипертензией
- д. устранение гипертермии и других вегетативных нарушений

18. Какие признаки характерны для острого периода геморрагического инсульта?

- а. внезапное начало и быстрое развитие общемозговых и очаговых симптомов
- б. гипертермия и озноб
- в. лейкоцитоз более 10 тысяч клеток в 1 мкл.
- г. очаг пониженной плотности по данным КТ
- д. кратковременная потеря сознания, головная боль, тошнота

19. У пациента внезапно появились головокружение, рвота, затруднение при глотании. При обследовании у него выявлено: синдром Горнера, аналгезия и термоанестезия половины лица с аналогичными нарушениями противоположной стороны тела. Наиболее вероятная причина и область поражения:

- а. тромбоз передней или средней церебральной артерии
- б. тромбоз задней нижней мозжечковой или позвоночной артерии
- в. кровоизлияние во внутреннюю капсулу
- г. эмболия задней церебральной артерии
- д. окклюзия одной каротидной артерии

20. Какие данные дополнительных методов исследования характерны для ишемического инсульта?

- а. кровянистая или ксантохромная цереброспинальная жидкость
- б. симптом гипертензионной артерии по данным КТ
- в. лейкоцитоз свыше 10 000 со сдвигом влево
- г. очаги пониженной плотности в головном мозге по данным КТ
- д. гипертензионный очаг в области медиобазальных отделов больших полушарий по данным КТ

21. Основной метод профилактики повторного субарахноидального кровоизлияния из-за разрыва аневризмы?

- а. коагулянты и антифибринолитические препараты
- б. дицинон (этамзилат)
- в. гепарин
- г. нимодипин
- д. хирургическое лечение

22. Какие признаки характерны для субарахноидального кровоизлияния?

- а. головная боль и головокружение
- б. нарушение сознания
- в. менингеальный синдром
- г. кровь в ликворе

д. белково-клеточная диссоциация.

23. У 45-ти летней женщины на фоне эмоционального стресса и резкого повышения АД (до 200/120 мм рт. ст.) в течение получаса отмечались нарушение речи, слабость в правой руке. Указанные симптомы прошли к моменту прибытия бригады “скорой помощи”.

Предполагаемый диагноз:

- а. гипертонический общемозговой церебральный криз
- б. преходящее нарушение мозгового кровообращения
- в. симпатoadреналовый церебральный криз
- г. субарахноидальное кровоизлияние
- д. ишемический инсульт

24. Фибринолитическая терапия в виде внутривенной инфузии при закупорке сосудов мозга целесообразна не позднее следующего срока после начала инсульта

- а. 3-4 ч
- б. 1-2 ч
- в. 5-6 ч
- г. 7-8 ч
- д. в первые сутки

25. Компьютерная томография выявляет зону гиподенсивности в очаге ишемического инсульта через:

- а. 6 ч и более от начала заболевания
- б. 1 ч от начала заболевания
- в. 2 ч от начала заболевания
- г. 4 ч от начала заболевания
- д. через сутки

26. Больной с сенсорной афазией:

- а. Не понимает обращенную речь и не контролирует собственную речь
- б. Может говорить, но забывает названия предметов
- в. Не понимает обращенную речь, но контролирует собственную речь
- г. Понимает обращенную речь, но не может говорить
- д. не может говорить и не понимает обращенную речь

27. Для клинических проявлений кровоизлияний при разрыве аневризм конвекситальных артерий мозга, в отличие от проявлений разрыва аневризм артерий на основании мозга

- а. Появление очаговой неврологической симптоматики
- б. Головная боль
- в. Менингеальный синдром
- г. Утрата сознания
- д. мозжечковый синдром

28. Для неразорвавшейся аневризмы супраклиноидной части внутренней сонной артерии характерно поражение:

- а. III—VI черепные нервы
- б. IX, X пары черепных нервов
- в. VII, VIII пары черепных нервов
- г. XI, XII пары черепных нервов
- д. ничего из перечисленного

29. При аневризме внутренней сонной артерии в области кавернозного синуса наблюдается:

- а. Поражение III-VI черепных нервов
- б. Битемпоральная гемианопсия
- в. Верно все перечисленное
- г. Гомонимная гемианопсия
- д. Контралатеральная гемиплегия

30. При неразорвавшейся аневризме основной артерии часто наблюдается синдром:

- а. Мосто-мозжечкового угла
- б. Верхней глазничной щели
- в. Наружной стенки кавернозного синуса
- г. Поражения сильвиевой борозды
- д. Поражения шпорной борозды

31. У больных с неразорвавшейся конвекситальной артериовенозной мальформацией наблюдаются:

- а. Эпилептиформные припадки
- б. Глазодвигательные расстройства
- в. Менингеальные симптомы
- г. Нарушения зрения
- д. Повышение внутричерепного давления

32. При разрыве супратенториальной артериовенозной мальформации чаще, чем при разрыве артериальной аневризмы, происходит:

- а. Развитие внутримозговой гематомы
- б. Истечение крови в цистерны основания мозга
- в. Паренхиматозное кровоизлияние
- г. Развитие асимметричной гидроцефалии
- д. Развитие менингеального синдрома

33. Для инструментальной диагностики спонтанного субарахноидального кровоизлияния абсолютно необходимы данные:

- а. Компьютерной или магнитно-резонансной томографии
- б. Ангиографии
- в. Радиоизотопной сцинтиграфии
- г. Реоэнцефалографии
- д. Ультразвуковой доплерографии

34. Характерным признаком тромбоза внутренней сонной артерии является

- а. альтернирующий оптикопирамидный синдром
- б. альтернирующий синдром Валленберга - Захарченко
- в. альтернирующий синдром Вебера (парез глазодвигательного нерва и пирамидный синдром)
- г. всё перечисленное
- д. сенсорная афазия

35. Закупорку экстракраниального отдела позвоночной артерии от закупорки интракраниального ее отдела отличает наличие

- а. «пятнистости» поражения ствола по длиннику
- б. вестибуломозжечковых нарушений
- в. глазодвигательных расстройств
- г. двигательных и чувствительных нарушений
- д. классических альтернирующих синдромов

36. К симптомам, характерным для поражения левой передней мозговой артерии, относится

- а. всё перечисленное
- б. апраксия левой руки

- в. нарушение психики
 - г. преобладание пареза в ноге
 - д. хватательный рефлекс
- 37.** Для поражения основного ствола правой средней мозговой артерии характерно наличие
- а. левосторонней гемианестезии
 - б. анозогнозии
 - в. астереогнозия
 - г. всё перечисленное
 - д. левосторонней гемиплегии
- 38.** Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие
- а. гононимной гемианопсии
 - б. биназальной гемианопсии
 - в. битемпоральной гемианопсии
 - г. концентрического сужения полей зрения
 - д. скотом
- 39.** Синдром Валленберга – Захарченко (латеральный медуллярный синдром) возникает при закупорке
- а. нижней задней артерии мозжечка
 - б. длинных циркулярных артерий моста
 - в. коротких циркулярных артерий моста
 - г. нижней передней артерии мозжечка
 - д. парамедианных артерий моста
- 40.** Причиной развития геморрагического инсульта чаще является:
- а. атеросклероз мозговых сосудов
 - б. васкулиты сосудов головного мозга
 - в. гипертоническая болезнь
 - г. вегетативная дистония
 - д. сахарный диабет
- 41.** Выберите клинические симптомы, характерные для инсульта в системе средней мозговой артерии:
- а. альтернирующий синдром Валленберга-Захарченко
 - б. моторная афазия, гемипарез, гемигипестезия
 - в. бульбарный синдром
 - г. атаксия, мышечная гипотония, нистагм
- 42.** Выберите клинические проявления, характерные для инсульта в системе задней мозговой артерии:
- а. альтернирующий синдром Валленберга-Захарченко
 - б. моторная афазия, гемипарез, гемигиперестезия
 - в. спастический парез ноги
 - г. бульбарный синдром
 - д. гомонимная гемианопсия, зрительная агнозия
- 43.** Отметьте основные диагностические признаки субарахноидального кровоизлияния:
- а. бледное лицо, сознание сохранено, постепенное развитие гемиплегии, нередко инфаркт миокарда или нарушение сердечного ритма в анамнезе
 - б. багровое лицо, артериальная гипертензия, нарастающие нарушения сознания, рвота, менингеальные симптомы, паралич взора, гемиплегия, дыхание Чейн-Стокса

- в. головная боль, рвота, афазия, гемипарез, исчезающие в течение суток, артериальная гипертензия
- г. отсутствие очаговых неврологических симптомов, выраженный менингеальный синдром, сильная головная боль, рвота, сопор
- д. наличие в анамнезе предшествующей черепно-мозговой травмы, после светлого промежутка развитие гемипареза и анизокории

44. Отметьте основные диагностические признаки паренхиматозного кровоизлияния:

- а. бледное лицо, сознание сохранено, постепенное развитие гемиплегии, нередко наличие в анамнезе инфаркта миокарда или нарушения сердечного ритма
- б. багровое лицо, артериальная гипертензия, нарастающие нарушения сознания, рвота, менингеальные симптомы, паралич взора, гемиплегия, дыхание Чейн-Стокса
- в. головная боль, рвота, афазия, гемипарез, исчезающие в течение суток, артериальная гипертензия
- г. отсутствие очаговых неврологических симптомов, выраженный менингеальный синдром, сильная головная боль, рвота, сопор
- д. в анамнезе предшествующая черепно-мозговая травма, после светлого промежутка развитие гемипареза и анизокории

45. Внезапное начало, утрата сознания (кома или сопор), гиперемия лица, стридорозное дыхание, брадикардия, артериальная гипертензия, гемиплегия, паралич взора наиболее характерны для:

- а. эмболии мозговых сосудов
- б. менингоэнцефалита
- в. субарахноидального кровоизлияния
- г. тромбоза мозговых сосудов
- д. кровоизлияния в головной мозг

3.2. Задания для подготовки к практическим занятиям

4 семестр

Практическое занятие № 1

Тема 1.1. ОНМК, классификация и дифференциальная диагностика.

Ситуационное задание 1.

Женщина 60 лет вызвала СМП в связи с интенсивной головной болью и слабостью в левых конечностях, которые возникли при уборке квартиры. В течение длительного времени страдает артериальной гипертензией. Объективно: спутанное состояние сознания, гиперемия лица, артериальное давление – 210/120 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, выпадение левых полей зрения, парез нижней части мимических мышц слева, отсутствие движений в левых конечностях, симптом Бабинского слева.

Установить клинический диагноз. Тактика ведения пациента.

Практическое занятие № 3

Тема 1.3. Клиническая диагностика ОНМК, применение клинических шкал.

Ситуационное задание 1.

Мужчина 65 лет доставлен в больницу в связи с возникшей утром, за 2 часа до госпитализации, слабостью в левых конечностях. Из анамнеза известно, что пациент длительное время страдает стенокардией напряжения, в течение последнего года отмечаются

эпизоды повышения артериального давления до 180/100 мм рт. ст. В течение последних трёх месяцев было несколько кратковременных (до 10 минут) эпизодов преходящей слепоты на правый глаз. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление 180/100 мм рт. ст., пульс – 80 в минуту, ритм правильный, ослаблена пульсация на общей сонной артерии справа, но усилена пульсация височной артерии. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, слабость нижней части мимической мускулатуры слева, при высовывании язык отклоняется влево, снижение силы в левой руке до 1-го балла, в ноге до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов слева, рефлекс Бабинского слева.

Установить клинический и топический диагноз. Тактика ведения пациента.

Практическое занятие № 4

Тема 1.4. Тактика лечения ишемического инсульта в остром периоде.

Ситуационное задание 1.

Больной 50 лет обратился с жалобами на внезапно возникшие слабость и онемение в правых конечностях, затруднение речи, головокружение. Страдает гипертонической болезнью более 8 лет. Накануне случившегося имела место стрессовая ситуация. Объективно: АД 170/90 мм рт. ст. Менингеальных симптомов нет. Сглажена правая носогубная складка. Ангиопатия сетчатки. Язык при высовывании слегка отклоняется вправо. Сила в правой руке снижена до 3 баллов. Анизорефлексия с преобладанием сухожильных рефлексов справа. Сомнительный симптом Бабинского справа. Легкая правосторонняя гемигипестезия. ЭхоЭГ – дислокации срединных структур мозга нет. ЭЭГ – явления диффузной дизритмии без очаговых изменений. Через 5 часов после назначения спазмолитических и гипотензивных препаратов неврологическая симптоматика регрессировала.

Установить клинический диагноз. Тактика ведения пациента.

Практическое занятие № 5

Тема 1.5. Тактика лечения пациентов с внутричерепным кровоизлиянием. Методы лечения церебральных аневризм и артерио-венозных мальформаций.

Ситуационное задание 1.

Больной доставлен в стационар с жалобами на интенсивную головную боль, возникшую 6 часов назад. АД 190/100 мм рт. ст. Заторможен. Уже правая глазная щель. Сглажена левая носогубная складка. Гемипарез, гипертонус в мышцах левых конечностей, высокие сухожильные и наличие патологических рефлексов на левой ноге. Эхо-ЭГ – дислокации срединных структур мозга нет. При компьютерной томографии головного мозга выявляется зона гиподенсивности в правом полушарии. Анализ крови выявил активизацию свертывающей системы.

Установить клинический диагноз. Тактика ведения пациента.

Ситуационное задание 2.

Больной 64 лет доставлен в стационар в крайне тяжелом состоянии. По рассказу родственников, более 20 лет страдает гипертонической болезнью. Накануне жаловался на головную боль, головокружение, общую слабость. Утром, встав с постели, внезапно потерял сознание, упал. Имела место рвота. При осмотре сознание отсутствует. Кожные покровы лица, груди, конечностей гиперемированы. АД 220/100 мм рт. ст. Пульс 96 уд./мин, напряжен. Дыхание Чейн-Стокса. Голова и глазные яблоки повернуты влево. Рот полуоткрыт. Ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига. Зрачки расширены. Корнеальные рефлексы не вызываются. Сглажена правая носогубная складка. Правая стопа ротирована кнаружи. Сухожильные рефлексы отсутствуют. На уколы не реагирует. Справа вызываются рефлексы Бабинского, Россолимо, Гордона. По данным ЭхоЭГ – дислокация срединных

структур мозга слева направо на 5 мм. Люмбальная пункция: давление ликвора 120 капель в минуту, ликвор интенсивно окрашен кровью.

Установить клинический диагноз. Тактика ведения пациента.

3.3. Задания для подготовки к экзамену

Экзамен учебным планом не предусмотрен.

4. Критерии оценок деятельности обучающихся при освоении учебного материала

Виды контроля	Формы проведения	Вид контрольно-диагностической (оценочной) процедуры	Система оценивания	Критерии оценивания
Текущий контроль	<p>Опрос.</p> <p>Выполнение ситуационных заданий.</p> <p>Демонстрация сообщений, докладов, презентаций.</p>	<p>Опрос по контрольным вопросам для самостоятельной подготовки к занятию.</p> <p>Собеседование по результатам выполнения ситуационных заданий.</p> <p>Обсуждение сообщений, докладов, презентаций.</p>	Пятибалльная система	<p><u>Критерии оценки при опросе:</u></p> <p>«Отлично» - вопрос раскрыт в полном объеме, обучающийся умеет систематизировать, обобщать и применять знания в смежных дисциплинах.</p> <p>«Хорошо» - вопрос раскрыт практически в полном объеме, имеются небольшие недочеты.</p> <p>«Удовлетворительно» - вопрос раскрыт частично, имеются значительные недочеты.</p> <p>«Неудовлетворительно» - вопрос не раскрыт, имеются грубые ошибки.</p> <p><u>Критерии оценок выполнения ситуационных заданий:</u></p> <p>«Отлично» - уверенное и точное владение приемами работ, самостоятельное выполнение работ и самоконтроль за выполнением действия; работы выполняются в соответствии с требованиями нормативной документации, а также с учетом норм времени; соблюдение требований безопасности труда;</p> <p>«Хорошо» - возможны отдельные несущественные ошибки при применении приемов работ, исправляемые самим обучающимся; самостоятельное выполнение работ при несущественной помощи и самоконтроль за выполнением действий; работы выполняются в основном в соответствии с требованиями нормативной документации с несущественными ошибками, но в рамках норм времени; соблюдаются требования безопасности труда;</p> <p>«Удовлетворительно» - недостаточное владение приемами работ; самоконтроль за выполнением действий при овладении приемами работ с помощью; работы выполняются в основном в соответствии с требованиями нормативной документации с несущественными ошибками; допускаются незначительные отклонения от установленных норм времени; соблюдение требований безопасности труда;</p> <p>«Неудовлетворительно» - неточное выполнение приемов работ; контроль выполненных работ с существенными ошибками, неумение осуществлять контроль; невыполнение норм времени и нарушение требований безопасности</p>

				<p>труда.</p> <p><u>Критерии оценок сообщений и докладов:</u></p> <p>«Отлично» - учебный материал освоен обучающимся в полном объеме, легко ориентируется в материале, полно и аргументировано отвечает на дополнительные вопросы, излагает материал логически последовательно, делает самостоятельные выводы, умозаключения, демонстрирует кругозор, использует материал из дополнительных источников, интернет ресурсы. Сообщение носит исследовательский характер. Речь характеризуется эмоциональной выразительностью, четкой дикцией, стилистической и орфоэпической грамотностью. Использует наглядный материал (раздаточный материал, презентация).</p> <p>«Хорошо» - по своим характеристикам сообщение соответствует характеристикам отличного ответа, но обучающийся может испытывать некоторые затруднения в ответах на дополнительные вопросы, допускать некоторые погрешности в речи.</p> <p>«Удовлетворительно» - обучающийся испытывал трудности в подборе материала, его структурировании. Пользовался, в основном, учебной литературой, не использовал дополнительные источники информации. Не может ответить на дополнительные вопросы по теме сообщения. Материал излагает не последовательно, не устанавливает логические связи, затрудняется в формулировке выводов. Допускает стилистические и орфоэпические ошибки.</p> <p>«Неудовлетворительно» - сообщение обучающимся не подготовлено либо подготовлено по одному источнику</p>
Промежуточная аттестация	Зачет в 4 семестре	1 этап – тестирование (компьютерное тестирование / письменный вариант)	Дихотомическая шкала	<p><u>При тестировании:</u></p> <p>«Зачтено» - 70% и более правильных ответов, «Не зачтено» - 69% и менее правильных ответов</p>

5. Учебно-методическое и библиотечное обеспечение дисциплины

Методические указания по освоению дисциплины размещены в ИЭОС ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России.

Список основной и дополнительной литературы

Основная литература

1. Стаховская Л.В., Руководство к практическим занятиям по топической диагностике заболеваний нервной системы. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 272 с. - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442593.html>
2. Пирадов М.А., Инсульт: пошаговая инструкция [Электронный ресурс] / Пирадов М.А., Максимова М.Ю., Танащян М.М. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 272 с. (Серия

"Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-4910-3 - Режим доступа:
<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449103.html>

3. Крылов В.В., Нейрореаниматология [Электронный ресурс]: практическое руководство / В. В. Крылов [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 176 с. - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449684.html>
4. Крылов В.В., Хирургия массивного ишемического инсульта [Электронный ресурс] / В. В. Крылов - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 136 с. - ISBN 978-5-9704-3808-4 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438084.html>
5. Хасанова Д. Р., Инсульт. Современные подходы диагностики, лечения и профилактики: методические рекомендации [Электронный ресурс] / под ред. Д. Р. Хасановой, В. И. Данилова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-2826-9 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428269.html>

Дополнительная литература

1. Гусева Е.И., Неврология [Электронный ресурс]: национальное руководство / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В.И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Т. 1. - 880 с. - (Серия "Национальные руководства"). - 880 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-5173-1 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451731.html>
2. Авакян Г.Н., Рациональная фармакотерапия в неврологии [Электронный ресурс] / Г.Н. Авакян, А.Б. Гехт, А.С. Никифоров; под общ. ред. Е.И. Гусева - М.: Литтерра, 2018. - 752 с. (Серия "Рациональная фармакотерапия") - ISBN 978-5-4235-0292-8 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502928.html>
3. Котов С.В., Основы клинической неврологии. Клиническая нейроанатомия, клиническая нейрофизиология, топическая диагностика заболеваний нервной системы [Электронный ресурс] / Котов С.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 672 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2849-8 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428498.html>
4. Манвелов Л.С., Ранние клинические формы сосудистых заболеваний головного мозга [Электронный ресурс] / под ред. Л. С. Манвелова, А. С. Кадыкова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 344 с. - ISBN 978-5-9704-2827-6 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428276.html>
5. Трофимова Т.Н., Лучевая диагностика и терапия заболеваний головы и шеи [Электронный ресурс] / Трофимова Т.Н. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 888 с. (Серия "Национальные руководства по лучевой диагностике и терапии") - ISBN 978-5-9704-2569-5 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970425695.html>
6. Новикова Л.Б., Церебральный инсульт: нейровизуализация в диагностике и оценке эффективности различных методов лечения. Атлас исследований [Электронный ресурс] / Новикова Л.Б., Сайфуллина Э.И., Скоромец А.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 152 с. - ISBN 978-5-9704-2187-1 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970421871.html>

Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы

1. Электронно-библиотечная система «Консультант врача» www.rosmedlib.ru
2. Федеральная электронная медицинская библиотека <http://www.femb.ru/>