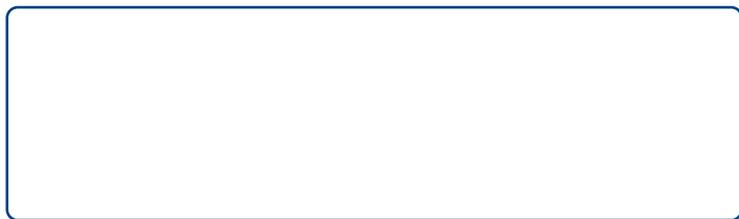


**Автономная некоммерческая организация высшего образования  
«Научно-клинический центр имени Башларова»**



Утверждаю  
Проректор по учебно-  
методической работе

\_\_\_\_\_ А.И. Аллахвердиев  
«25» февраля 2025 г.

Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации	Б2.О.01(П) Производственная практика (клиническая)
Уровень профессионального образования	Высшее образование- подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры
Специальность	31.08.42 Неврология
Квалификация	Врач – невролог
Форма обучения	Очная

## **Оценочные материалы по производственной практике (клиническая практика)**

**Освоение производственной практики (клиническая практика) направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК) и общепрофессиональных (ОПК) компетенций:**

**УК-1** - Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.

**УК-4** - Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности.

**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-4** - Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

**ОПК-5** - Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

**ОПК-6** - Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

**ОПК-7** -Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

**ОПК-8** - Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

**ОПК-9** - Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.

**ОПК-10** Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

### **1. Компоненты контроля и их характеристика**

**Текущий контроль** осуществляется руководителем практики от Научно-клинического центра, который контролирует: - выполнение индивидуального плана-задания,

- правильность ведения отчетной документации по практике,
- соблюдение ординатором всех правил и норм поведения на рабочем месте, - освоение программы практики в рамках заявленных компетенций.

#### **Промежуточная аттестация**

- завершающий этап прохождения практики,
- проводится в форме зачета/экзамена (защита отчета по практике), - осуществляется в двух направлениях:

- оценка результатов обучения по практике;
- оценка сформированности компетенций в рамках практики.

## 2. Шкалы и процедуры оценивания.

2.1. Заключение руководителя практики от Научно-клинического центра о реализации запланированных результатов обучения по практике и сформированности компетенций в рамках программы практики (далее – заключение руководителя практики)

### Критерии заключения:

- **Положительное заключение:** «Планируемые результаты обучения достигнуты, индикаторы достижения компетенций проявлены, компетенции сформированы» необходимые практические навыки, предусмотренные программой практики, освоены и подкреплены теоретическими знаниями. Компетенции в рамках освоения программы практики сформированы.
- **Отрицательное заключение:** «Планируемые результаты обучения не достигнуты, индикаторы достижения компетенций не проявлены, компетенции не сформированы» необходимые практические навыки, предусмотренные программой практики, не сформированы и теоретическое содержание не освоено. Компетенции в рамках освоения программы практики не сформированы.

### Форма промежуточной аттестации – зачет/экзамен

#### Процедура оценивания – собеседование

Шкалы оценивания результатов обучения соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы (сформированность компетенций) в рамках раздела (ов) практики

### Форма промежуточной аттестации – Зачет

Результат	Критерии оценивания результатов обучения	Критерии оценивания сформированности компетенций
«Планируемые результаты обучения достигнуты, компетенция сформирована»	Необходимые практические умения и навыки, предусмотренные в рамках освоения раздела (ов) программы практики, сформированы и подкреплены теоретическими знаниями.	Компетенция в рамках раздела практики сформирована. Большинство требований в соответствии с Разделом 1 рабочей программы, предъявляемых к освоению компетенции, выполнены.
«Планируемые результаты обучения не достигнуты, компетенция не сформирована»	Необходимые практические умения и навыки, предусмотренные в рамках освоения раздела (ов) программы практики, не сформированы и теоретическое содержание не освоено.	Компетенция в рамках раздела практики не сформирована. Ни одно или многие требования в соответствии с Разделом 1 рабочей программы, предъявляемые к освоению компетенции, не выполнены.

**Форма промежуточной аттестации – Экзамен**

<b>Результат</b>	<b>Критерии оценивания результатов обучения</b>	<b>Критерии оценивания сформированности компетенций</b>
<b>Отлично</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- положительное заключение руководителя практики,</li> <li>- глубокое и прочное освоение материала программы практики,</li> <li>- исчерпывающее, последовательное, четкое и логически стройное применение материалов программы практики,</li> <li>- способность тесно увязывать теорию с практикой,</li> <li>- свободное применение полученных знаний, умений и навыков, в том числе при их видоизменении,</li> <li>- использование при ответе опыта практической деятельности,</li> <li>- правильное обоснование принятого решения,</li> <li>- исчерпывающее и целостное владение навыками и приемами выполнения практических задач.</li> </ul>	<p>Компетенция сформирована. Демонстрирует полное понимание круга вопросов оцениваемой компетенции. Все требования в соответствии с Разделом 2 рабочей программы, предъявляемые к освоению компетенции, выполнены. Проявляет высокий уровень самостоятельности и адаптивности в использовании теоретических знаний, практических умений и навыков и в профессиональной деятельности. Готов к самостоятельной конвертации знаний, умений и навыков в практику.</p>
<b>Хорошо</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- положительное заключение руководителя практики;</li> <li>- твердое знание материала программы практики, грамотное, без существенных неточностей в ответах его применение;</li> <li>- правильное применение теоретических положений и полученного опыта практической деятельности при решении задач;</li> <li>- владение необходимыми навыками и приемами их выполнения.</li> </ul>	<p>Компетенция сформирована. Демонстрирует значительное понимание круга вопросов оцениваемой компетенции. Все требования в соответствии с Разделом 2 рабочей программы, предъявляемые к освоению компетенции, выполнены. Проявляет достаточный уровень самостоятельности в использовании теоретических знаний, практических умений и навыков в</p>

		профессиональной деятельности.
<b>Удовлетворительно</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- положительное заключение руководителя практики;</li> <li>- освоение только основного материал без детализации;</li> <li>- неточности в терминологии, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в ответах;</li> <li>- затруднения при выполнении практических работ.</li> </ul>	<p>Компетенция сформирована. Демонстрирует частичное понимание круга вопросов оцениваемой компетенции. Большинство требований в соответствии с Разделом 2 рабочей программы, предъявляемых к освоению компетенции, выполнены.</p> <p>Несамостоятелен при использовании теоретических знаний, практических умений и навыков в профессиональной деятельности.</p>
<b>Неудовлетворительно</b>	Выставляется обучающемуся, который имеет отрицательное заключение руководителя практики хотя бы по одному разделу.	<p>Демонстрирует непонимание или небольшое понимание круга вопросов оцениваемой компетенции. Ни одно или многие требования в соответствии с Разделом 1 рабочей программы, предъявляемые к освоению компетенции, не выполнены.</p>

При оценке «Неудовлетворительно» хотя бы в рамках одной компетенции выставляется итоговая оценка «Неудовлетворительно».

При отрицательном заключении руководителя практики хотя бы по одному разделу или отсутствии отчета по практике выставляется итоговая оценка «Неудовлетворительно».

**Вопросы к собеседованию (защите отчета по практике) :**

- 1) Провести общий осмотр и составить программу клинического обследования больного.
- 2) Провести сбор анамнеза.
- 3) Провести исследование черепно-мозговых нервов. Практическое значение диагностированных нарушений. План диагностики основных причин.
- 4) Провести исследования чувствительной сферы. Типы расстройств чувствительности и их топическое значение.
- 5) Провести исследования двигательной сферы. Симптомы поражения кортиконуклеарного и кортико-спинального путей.
- 6) Провести исследование координационной сферы. Практическое значение диагностированной атаксии.
- 7) Повести исследование памяти, внимания и мышления.
- 8) Провести дифференциальную диагностику ликворного синдрома.

- 9) Провести исследование психопатологического статуса (уметь оценить личностные и поведенческие нарушения).
- 10) Оценить нарушения праксиса. Основные виды и механизм формирования их практическое значение.
- 11) Оценить результаты исследования менингеального симптомокомплекса.
- 12) Оценить нарушение функции мочеиспускания, топическое значение, тактика лечения 13) Оценить результаты вызванных потенциалов.
- 14) Оценить результаты клинико-генеалогического метода исследования.
- 15) Составить программу реабилитации двигательных нарушений после инсульта.
- 16) Оценить результаты исследования МРТ головного мозга.
- 17) Оценить результаты исследования МР-ангиографии.
- 18) Оценить данные магнитной томографии головного мозга.
- 19) Провести люмбальную пункцию.
- 20) Оценить данные магнитной томографии спинного мозга.
- 21) Провести первую врачебную помощь при следующем неотложном состоянии: обморок.
- 22) Оценить основные показатели тромбоэластограммы и коагулограммы.
- 23) Провести первую врачебную помощь при следующем неотложном состоянии: эпилептический припадок.
- 24) Оценить результаты ЭНМГ.
- 25) Провести первую врачебную помощь при следующем неотложном состоянии: эпилептический статус
- 26) Оценить результаты дуплексного сканирования экстра- и интракраниальных сосудов. 27) Провести первую врачебную помощь на догоспитальном этапе при неотложном состоянии: острое нарушение мозгового кровообращения.
- 28) Провести первую врачебную помощь при следующем неотложном состоянии: паническая атака
- 29) Оценить результаты ЭЭГ.
- 30) Провести первую врачебную помощь при следующем неотложном состоянии: гипертонический криз.
- 31) Оценить результаты ликворного лабораторного исследования.
- 32) Провести первую врачебную помощь при следующем неотложном состоянии: кома (в том числе провести дифференциальный диагноз между церебральной и соматической комой).
- 33) Оценить результаты миелографии.
- 34) Провести первую врачебную помощь при следующем неотложном состоянии: дислокационный синдром.
- 35) Оценить результаты реоэнцефалографии.
- 36) Провести диагностику причин острой невропатической боли. Составить план исследования.
- 37) Оценить результаты клинического, биохимического и иммунологического анализа крови.
- 38) Провести диагностику причин хронической невропатической боли. Составить план исследования.
- 39) Оценить результаты рентгенографического исследования позвоночника и черепа. 40) Оценить клинические проявления головных болей, составить алгоритм диагностики основных причин цефалгий.
- 41) Оценить результаты исследования КТ головного мозга, контрастное и безконтрастное исследование.
- 42) Провести сбор анамнеза, осмотр и составить программу клинического обследования больного острой цереброваскулярной патологией.
- 43) Провести полное клиническое обследование по всем органам и системам больного острой цереброваскулярной патологией.

44). Оценить тяжесть состояния больного – дыхание, гемодинамика, сердечная деятельность.

45). Оценить состояние сознания, уровень угнетения.

46). Оценить состояние краниальной иннервации, двигательной и чувствительной сферы, в том числе у больного в состоянии комы. Выявить наличие менингеального симптомокомплекса

47). Провести оценку психопатологического статуса (оценить личностные и поведенческие нарушения, когнитивные функции).

48). Оценить показатели периферической крови, анализа мочи, данные биохимического исследования крови.

49). Оценить клиническую значимость электролитного и кислотно-основного баланса крови.

50). Провести люмбальную пункцию и оценить анализ ликвора.

51). Оценить результаты КТ головного мозга.

52) Оценить результаты офтальмоскопического исследования (глазное дно, поля зрения и др.)

53). Оценить данные МРТ головного мозга.

54) Оценить УЗДГ экстра и интракраниальных артерий, дуплексное сканирование МАГ.

55). Составить программу ранней реабилитации при острой цереброваскулярной патологии. 56) Составить программу профилактики осложнений – пролежней, пневмонии, тромбозов вен нижних конечностей.

57) Оказать первую врачебную помощь -кома -дислокационный синдром -острый отек мозга -слабость дыхательной мускулатуры -острые аллергические реакции -острый болевой синдром -психомоторное возбуждение .

58). Составить программу реабилитации двигательных расстройств .

59). Составить программу реабилитации речевых расстройств.

60) Составить программу физиолечения и осуществить контроль.

61) Выявление общих и специфических признаков неврологического заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной или интенсивной помощи.

62). Определение объема и последовательности терапевтических и организационных мероприятий у больных неврологического профиля (стационарирование, амбулаторное лечение, консультативный прием или постановка на учет.)

63. Определение необходимости специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных, патопсихологических, медикогенетических) у больных неврологического профиля.

64). Организация и выполнения спинномозговой пункции.

65). Определение показаний к госпитализации, организация ее в соответствии с состоянием больного; проведение дифференциальной диагностики основных неврологических заболеваний, обоснование клинического диагноза.

66.) Получение анамнестической информации о неврологическом заболевании, выявление общих и специфических признаков неврологического заболевания, определение необходимости и применение объективных методов обследования, установление топического диагноза и неврологического синдрома.

67). Оценка тяжести состояния больного, признаки нарушенного сознания, определение необходимости проведения реанимационных мероприятий у больных с нарушением мозгового кровообращения.

68) Проведение комплекса реанимационных мероприятий при клинической смерти и терминальных состояниях.

- 69). Оказание срочной медицинской помощи при неотложных состояниях в неврологии, а также при острой сердечной и сосудистой недостаточности (обморок, коллапс), острой дыхательной недостаточности.
- 70) Диагностическая оценка результатов ликворологического исследования;
- 71) Трактовка рентгенограмм позвоночника, компьютерных томограмм и магнитнорезонансных томограмм спинного мозга.
- 72) Обоснование медикаментозной терапии, определение показаний и длительность курса лечения у больных с органическим поражением головного мозга.
- 73). Обоснование медикаментозной терапии, определение показаний и длительность курса лечения у больных с опухолью головного мозга.
- 74) Обоснование медикаментозной терапии, определение показаний и длительность курса лечения у больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга.
- 75). Обоснование и проведение дифференцированной медикаментозной терапии у больных, страдающих эпилепсией.
- 76) Принципы лечения острых нарушений мозгового кровообращения: преходящие нарушения мозгового кровообращения, геморрагический и ишемический инсульт, субарахноидальное кровоизлияние.
- 77) Принципы лечения дисциркуляторной энцефалопатии.
- 78). Принципы лечения спинальных инсультов, сосудистые миелопатии.
- 79). Принципы лечения вертеброгенных поражений нервной системы.
- 80) Принципы лечения моно- и полиневропатий, плекситов
- 81) Принципы лечения невралгий, компрессионных поражений нервов (туннельных синдромов).
- 82). Принципы лечения энцефалитов/миелитов/энцефаломиелитов/ Принципы лечения нейросифилиса.
- 83). Принципы лечения острой энцефалопатии Гайе-Вернике, алкогольная полиневропатия).
- 84). Принципы лечения вегетативных расстройств.
- 85). Принципы лечения миастении и миастенических синдромов.
- 86). Принципы лечения заболевания подкорковых ганглиев (болезнь Паркинсона, гепатолентикулярная дегенерация, болезнь Гентингтона, прогрессирующая миоклоническая эпилепсия).
- 87). Принципы лечения травматического поражения головного мозга в зависимости от его тяжести.
- 88). Проведение курсовой противосудорожной терапии.
- 89) Проведение дегидратационной и “рассасывающей” терапии при органических заболеваниях головного мозга.
- 90). Коррекция расстройства сна .
- 91) Коррекция хронических неврологических побочных эффектов терапии психотропными средствами.
- 92). Купирование эпилептического статуса, серийных припадков.
- 93). Временная и стойкая утрата трудоспособности неврологического больного, порядок направления на МСЭК.
- 94) Методика проведения паравертебральной блокады 95). Методика проведения прозериновой пробы.
- 96). Особенности питания больных с нарушениями глотания (бульбарным и псевдобульбарным синдромом).
- 97) Алгоритмы оказания неотложной помощи при акинетическом кризе, миастеническом кризе, эпилептических судорогах, вегетативном кризе и др. неотложных состояний в неврологии.
- 98) Алгоритмы оказания первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях в амбулаторно-поликлинических условиях.
- 99) Методика неврологического осмотра больного, находящегося в состоянии комы.

100) Алгоритм проведения тромболизиса больным с ишемическим инсультом.

## Ситуационные задачи

### Ситуационная задача №1

Больной Д., 34 лет, поступил в клинику в связи с внезапно развившимися головной болью по типу «удара в затылок», повторной рвоты, эпизода утраты сознания с генерализованными тонико-клоническими судорогами. В анамнезе: До настоящего заболевания был практически здоров, вел активный образ жизни. Периодически отмечал интенсивные пульсирующие боли в правой половине головы, которые купировал отдыхом или приемом анальгетиков. При поступлении: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. АД 140/80 мм.рт.ст., пульс 64 в минуту, ритмичный, тоны сердца приглушены. Дыхание шумное, ритмичное, ЧДЦ 18 в минуту. Неврологический статус: Возбужден, неадекватен, держится руками за голову. Симптомы Бехтерева и Мондонеци с двух сторон, грубая ригидность затылочных мышц, двусторонний симптом Кернига. Зрачки равны, фотореакция сохранна. Глазодвигательных нарушений нет. Корнеальные рефлексы симметричны. Лицо симметрично. Язык по средней линии. Парезов в конечностях нет. Сухожильные рефлексы с рук живые, D=S, коленные рефлексы угнетены. Двусторонний симптом Бабинского. Дополнительные методы исследования: ЭХО ЭС: ЭХО ЭС: MS=MD=Tr=72MM. Ширина III желудочка = 6мм. Смещения срединных структур мозга нет. Анализ спинномозговой жидкости: Спинномозговая жидкость интенсивно окрашена кровью, вытекает под повышенным давлением крупными каплями. После центрифугирования в осадке цитоз 1050/3 преимущественно эритроциты, белок 0,1%. ЭКГ: синусовая аритмия, ЧСС 54 в минуту.

### Контрольные вопросы

1. К какой группе заболеваний относится вышеописанное состояние? 2. Каков предположительный диагноз? 3. Какова предположительная причина кровоизлияния? 4. Какими дополнительными методами исследования можно подтвердить клинический диагноз и уточнить этиологию кровоизлияния? 5. Расшифруйте данные МРТ головного мозга. 6. Сформулируйте клинический диагноз. 7. Какова тактика ведения больного?

Ответ:

1. Нарушение мозгового кровообращения
2. Субарахноидальное кровоизлияние
3. Предположительно разрыв аневризмы из-за артериальной гипертензии
- 4.5. КТ или МРТ головного мозга, интерпретация данных.
6. Диагноз: спонтанное (нетравматическое) субарахноидальное кровоизлияние (САК)
7. Срочная госпитализация в НХО, при аневризме - лечение оперативное, в остальных - консервативное

### Ситуационная задача №2

У девочки 5 лет родители стали отмечать периоды «замирания» без падения и мышечных подергиваний продолжительностью 10-20 секунд частотой до 2-3 раз в день в преимущественным развитием в утреннее или вечернее время. При обращении в клинику в клинической картине какой - либо неврологической патологии не выявлено. МРТ головного мозга в пределах возрастной нормы. По время регистрации ЭЭГ у пациентки вновь развился эпизод потери сознания при этом была зарегистрирована эпилептиформная активность в форме перично-генерализованных билатерально синхронных комплексов пик-медленная волна частотой 3 Гц на фоне нормальной основной биоэлектрической активности на ЭЭГ в момент приступа.

Вопросы:

1. Какая форма эпилепсии развивается у больной?
2. Какое заболевание необходимо рассматривать в качестве основного?

3. Какие заболевания могут также иметь схожую клиническую картину?

4. Назначьте лечение.

Ответы: 1.

Типичные абсансы, что подтверждено ЭЭГ; 2. Детская абсансная эпилепсия.

3. юношеская абсансная эпилепсия; юношеская миоклоническая эпилепсия; эпилепсия с миоклоническими абсансами.

4. Вальпроевая кислота.

### **Ситуационная задача №3**

У пациентки Д., 27 лет в течение 2 лет развиваются эпизоды падений в результате развития генерализованной атонии в конечностях без потери сознания. Приступ провоцируется эмоциональным возбуждением (например, смехом) и продолжается от 2 до 10 минут. Также у пациентки в возрасте 23–25 лет развивалось несколько эпизодов обездвиженности продолжительностью до 5 минут в период утреннего пробуждения. Пациентка проходила лечение у мануального терапевта с диагнозом «синдром позвоночной артерии» — без эффекта. В неврологическом статусе отмечены оживленные проприорефлексы, рефлекс Маринеску. МРТ головного мозга без патологий. Результаты ЭЭГ в интериктальный период в пределах нормы.

Вопросы: 1. Интерпретируйте состояние больной. 2. Какое заболевание необходимо рассматривать в качестве основного?

Ответы: 1. Катаплексия; 2. Вполне вероятно, что катаплексия развивается в рамках нарколепсии

### **Ситуационная задача №4**

У пациентки 17 лет развился пансинусит, который осложнился абсцессом левой лобной доли головного мозга. Пациентке подвергнута левосторонней фронтальной краниотомии с эвакуацией содержимого абсцесса и синусов. Пациентке проведен курс антибиотиков и для профилактики фенитоин в течение 3 недель. Через 6 месяцев после операции у нее развилось 2 генерализованных судорожных приступа и множество сложных парциальных приступов с замиранием взгляда в связи с чем она была госпитализирована в неврологическое отделение.

Вопросы:

1. Какой топический диагноз?

2. Какие обследования необходимо провести?

3. Назначьте лечение.

Ответы: 1.

Симптоматическая лобная эпилепсия в форме генерализованных судорожных приступов и сложных парциальных приступов.

2. ЭЭГ (в иктальный период можно ожидать эпилептиформную активность в проекции левой лобной доли). МРТ головного мозга (для исключения воспалительного процесса, кровоизлияния в области проведенной краниотомии). 3. Вальпроевая кислота в сочетании с леветирацетамом.

### **Ситуационная задача №5**

Молодая женщина, 25 лет, вышла на работу через год после рождения ребенка, отдав его в ясли. Половину дня работает вне дома и частично берет работу на дом, занимается компьютерной графикой. В течение последних месяцев стала беспокоить периодическая головная боль, стягивающего характера, двухсторонняя, средней или легкой интенсивности, за это время было около 10 таких эпизодов. Продолжается головная боль в течение целого дня, обычно не мешает выполнять домашнюю работу и не нарушает сон. За этот период времени характер головных болей никак не изменился, тошноты и рвоты не бывает. В

неврологическом статусе очаговой неврологической патологии не выявлено, при пальпации перикраниальных мышц определяется умеренная болезненность.

1. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Предложите план обследования больной.
4. Назначьте лечение и предложите профилактические мероприятия.

**Эталоны ответов : (код по МКБ 10: G 44.2)**

1. Частая эпизодическая головная боль напряжения с вовлечением перикраниальных мышц.
2. - С другими видами первичных головных болей (мигрень, кластерная ГБ, пароксизмальные гемикрании, сосудистая головная боль);  
- цервикогенная головная боль;  
- дисфункция височно-нижнечелюстного сустава;  
- опухоли головного мозга;
3. МРТ головного мозга ( для исключения органической патологии ГМ).
4. - НПВС по потребности (не злоупотреблять во избежании развития абзусного характера головной боли);  
- миорелаксанты (tizанидин, толперизон);  
- антидепрессанты (амитриптиллин, миртазапин, венлафаксин); - массаж шейно-воротниковой зоны, мягкие мануальные методики; - ИРТ, ЛФК.  
- нормализация режима труда и отдыха (полноценный 7-8-часовой ночной сон)

**Ситуационная задача №6**

Мужчина 38 лет обратился к врачу в связи с возникновением у него (второй раз в жизни) приступов головной боли, в области левого глаза, очень сильных, нестерпимых, сопровождающихся покраснением глаза, слезотечением, заложенностью левой половины носа, продолжительностью около 1 часа, возникают до 3-4 раз в день, а также каждую ночь, в одно и тоже время. В первый раз подобные приступы (2 года назад) продолжались 2 недели, затем внезапно прекратились.

1. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Предложите план обследования больного.
4. Назначьте лечение.

**Эталоны ответов: (код по МКБ 10: G 44.0)**

1. Эпизодическая кластерная головная, обострение.
2. - Другими видами первичных головных болей (мигрень, пароксизмальные гемикрании);  
- цервикогенная головная боль;  
- тригеминальная невралгия;
3. МРТ головного мозга (для исключения органической патологии головного мозга).
4. Лечение приступа ГБ: - кислородные ингаляции;  
- спрей с лидокаином;  
- препарат эрготамина и дигидроэрготамина (Дигидергот - назальный спрей),  
комбинированные препараты (Номигрен (Эрготамин +Кофеин); - триптаны (суматриптан, золмитриптан).  
5. - блокаторы кальциевых каналов (верапамил, нимодипин);  
- антиконвульсанты (вальпроаты, топирамат);  
- антидепрессанты (ТЦА (амитриптиллин, имипрамин,миансерин); СИОЗСН(флуоксетин, сертралин,пароксетин, эсциталопрам);  
- отказ от алкоголя, нормализация ночного сна (7-8 часовой сон).

### **Ситуационная задача №7**

65 летняя больная с симптоматической эпилепсией, вызванной перинатальной травмой головного мозга, была госпитализирована в неврологическое отделение в связи с прогрессирующим ухудшением ее здоровья в течение последних 2 недель, что проявлялось эпизодами спутанности сознания, головокружением и тошнотой. Ее эпилептические приступы (сложные парциальные и вторично генерализованные тонико-клонические) хорошо контролировались в течение многих лет приемом вальпроевой кислоты (3000 мг/сут) и ламотриджином (200 мг/сут). Каких либо других причин для ухудшения здоровья больной, таких как инфекции или дегидратация, не выявлено. При осмотре у пациентки отмечены умеренное ослабление когнитивных функций. На фоновой ЭЭГ отмечено доминирование высокоамплитудного тета-ритма без эпилептиформной активности. По результатам лабораторных анализов отмечено повышение концентрации азота мочевины до 35 мг/дл (норма 8–20), аммония до

123 мкг/дл (норма 19–82), вальпроевой кислоты до 134,6 мг/л (норма 50–100)

Вопросы: 1. Как вы интерпретируете состояние больной? 2. Какие меры необходимо предпринять и как необходимо отслеживать их эффект?

Ответы: 1. Вальпроат-индуцированная энцефалопатия. 2. Необходимо снизить суточную дозу вальпроевой кислоты, в качестве мониторинга необходимо применять ЭЭГ (нормализация ЭЭГ-активности) и измерение концентрации вальпроевой кислоты в сыворотке крови).

### **Ситуационная задача №8**

Больной Е., 66 лет жалуется на распирающие головные боли, больше в утренние часы, которые иногда сопровождаются рвотой. Накануне, впервые в жизни, развился приступ клонических судорог в правой кисти, без потери сознания, который длился около 15 минут. В неврологическом статусе: сглажена правая носогубная складка, язык отклоняется вправо, снижена сила в правой руке, особенно кисти до 4 баллов, проприорефлексы на руках высокие D>S. На глазном дне: начальные явления застоя дисков зрительных нервов.

Вопросы:

1. Выделить клинические синдромы.
2. Поставить топический диагноз.
3. Назначить необходимые методы обследования
4. Поставить предварительный клинический диагноз.
5. Назначить лечение и определить тактику ведения больной.

Ответы:

1. Симптоматическая головная боль, простые парциальные моторные эпилептические приступы, пирамидный синдром, застойные диски зрительных нервов.
2. Синдром поражения левой лобной доли головного мозга.
3. МРТ головного мозга, ЭЭГ.
4. Объемное образование левой лобной доли головного мозга.
5. Противоэпилептическая терапия (карбамазепин или топирамат), консультация нейрохирурга, онколога (онкопоиск в случае метастатического происхождения объемного образования головного мозга)

### **Ситуационная задача №9**

У 43 летнего мужчины-правши в течение 2 недель развиваются эпизоды стереотипных неритмичных подергиваний в правой руке продолжительностью от 10 минут до 4 часов частотой до 4 раз в неделю. При этом в некоторых случаях при отвлечении внимания пациента подергивания полностью кратковременно регрессируют. В одной из клиник пациенту с длительным приступом подергиваний правой руки внутривенно вводился лоразепам 2 мг/кг, но без эффекта. Все приступы развиваются во время

бодрствования, после приступов какой либо симптоматики не оставалось. Из анамнеза известно, что пациент также страдает в течение 3 лет биполярным расстройством, хорошо контролируемое вальпроевой кислотой 1500 мг/сут. В неврологической картине без значимых изменений. МРТ головного мозга в пределах нормы. В процессе регистрации ЭЭГ в момент приступа эпилептиформной активности не зарегистрировано. Анализ на наличие свороточных антител на лайм-боррелиозу отрицательный.

Вопросы:

1. Какую форму пароксизмальных двигательных нарушений необходимо рассматривать?
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какое дополнительное нейрофизиологическое дообследование целесообразно провести?

Ответы:

1. Психогенный неэпилептический моторный приступ.
2. В первую очередь необходимо провести дифференциальную диагностику с *Epilepsia partialis continua*. Против данного состояния то, что приступы *Epilepsia partialis continua* отличаются частым развитием сочетанного пареза руки (вне, во время или после приступа), частой пирамидной симптоматикой в пораженной конечности, не поддаются произвольному контролю, на ЭЭГ в иктальный период регистрируется эпилептиформная активность. Обычно данные больные ранее перенесли органическое поражение головного мозга. В тоже время резистентность больного к противосудорожным препаратам не исключают наличие *Epilepsia partialis continua*.
3. ССВП с верхних конечностей (гигантские корковые компоненты в случае *Epilepsia partialis continua*).

#### **Ситуационная задача №10**

Больной Р, 31 год. С 3 лет развиваются вторично-генерализованные тонико-клонические эпилептические приступы, плохо поддающиеся фармакологической коррекции. В подростковом возрасте эпизод эписатуса. С 10 лет на лице выявлено появление кожных фибром, количество которых постепенно увеличивается. Характерологически больной отличается повышенной вспыльчивостью и неуравновешенностью из-за чего часто попадал в драки и получал сотрясения головного мозга. В неврологическом статусе отменены высокие проприорефлексы D>S. На МРТ головного мозга выявлено многочисленные корковые дисплазии по типу утолщения коры в сочетании с субкортикальным изменением белого вещества по типу тяжелой вдоль проводящих путей без накопления контрастного вещества. На ЭЭГ в момент регистрации эпилептиформной активности не выявлено.

Вопросы

1. Выделить клинические синдромы.
2. Назначить дополнительные методы обследования.
3. Поставить клинический диагноз.
4. Назначить лечение.

Ответы

1. Вторично-генерализованные тонико-клонические эпилептические приступы, поведенческие нарушения, пирамидная симптоматика.
2. ЭЭГ, МРТ почек и сердца для исключения объемных образований, генетическое обследование.
3. Туберозный склероз.
4. Противосудорожная терапия (потиромат, вальпроевая кислота), специфическая терапия препаратом эверолимус «афинитор».

#### **Ситуационная задача № 11**

Большая К., 23 года. С 10 лет отмечает приступы тонико-клонических эпилептических приступов с прикусом языка и непроизвольным мочеиспусканием. С 11 по

13 лет пациентка получала терапию карбамазепином (до 600 мг/сут) — без эффекта. Сам приступ пациентка полностью амнезирует. Частота приступов 1 раз в 2–3 месяца. Также отмечает развитием внезапных нестереотипных мышечных подергиваний в руках и ногах. Наследственность неотягощена. В неврологическом статусе: очаговой симптоматики не выявлено. Глазное дно – без патологии. На ЭЭГ – зарегистрирована эпилептиформная активность, представленная несколькими комплексами полиспайк-медленная волна, начинающаяся одновременно со всех отведений.

Вопросы:

1. Выделить клинические синдромы.
2. Дать оценку изменениям на ЭЭГ.
3. Поставить клинический диагноз.
4. Назначить лечение.

Ответы:

1. Первично генерализованный тонико-клонические эпилептические приступы, парциальные моторные миоклонические эпилептические приступы;
2. На ЭЭГ зарегистрирован паттерн эпилептиформной активности «полиспайк-медленная волна», обычно ассоциированный с миоклонус-эпилепсией или другими генерализованными эпилептическими синдромами;
3. Юношеская миоклоническая эпилепсия (синдром Янца);
4. Вальпроевая кислота

### **Ситуационная задача № 12**

Мужчина 60 лет обратился в поликлинику с жалобами на мелкоразмахистое дрожание правых конечностей в покое, общую скованность, замедленность движений, склонность к запорам, сухость и шелушение кожи. Из анамнеза известно, что около года назад исподволь появилось дрожание правой руки, затем через несколько месяцев заметил дрожание правой ноги. При осмотре врачом общего профиля было выявлено: гипомимия, гипокинезия, речь замедленная, монотонная, микрография, тонус мышц повышен по типу «зубчатого колеса», тремор правой кисти по типу «счета монет», уменьшающийся при целенаправленных движениях, отсутствие содружественного движения рук при ходьбе (ахейрокинез), поза полусогнутая с наклоном туловища вперед, шаркающая ходьба.

1. Поставьте топический диагноз, определите уровень поражения.
2. Ведущий неврологический синдром.
3. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
4. Предложите план обследования больного.
5. Назначьте лечение.

**Эталонные ответы: (код по МКБ 10: G 20)**

1. Поражение экстрапирамидной системы (паллидарного отдела, s. nigra).
2. Гипокинетически-гипертонический синдром (акинетико-ригидный) синдром.
3. Болезнь Паркинсона, акинетико-ригидно-дрожательная форма с преимущественным вовлечением правых конечностей, I ст. по Хен-Яр.
4. МРТ головного мозга (для исключения вторичного паркинсонизма).
5. - Расширение двигательного режима (пешие прогулки, скандинавская ходьба, ЛФК); - агонисты дофаминовых рецепторов (прамипексол, ропинирол, ротиготин); и/или — амантадина (мидантан, ПК-мерц)

### **Ситуационная задача №13**

Больной П., 46 лет, доставлен в приёмное отделение бригадой скорой медицинской помощи. Известно, что он внезапно на улице потерял сознание, упал, наблюдались генерализованные судороги. Во время транспортировки в машине пришёл в сознание, но затем вновь повторился генерализованный судорожный приступ. Больной сообщил, что

после травмы черепа (15 лет назад) 4-5 раз в год развиваются эпилептические приступы. Вечера употреблял алкоголь. Больной сделал попытку встать, но в этот момент вновь возник генерализованный судорожный приступ, который начался с поворота глаз и головы влево. При осмотре: больной в состоянии оглушения, с трудом вступает в контакт. Жалуется на головную боль. В правой лобно-височной области старый рубец после травмы. Зрачки одинаковые. Сглажена левая носогубная складка. Девиация языка влево. Активные движения в правых конечностях в полном объеме, а левой рукой и ногой двигает с большим трудом. Сила левой кисти 2 балла. Проприорефлексы высокие S>D. С левой стопы вызывается рефлекс Бабинского.

Вопросы:

1. Выделить клинические синдромы.
2. Назначить дополнительные методы обследования.
3. Поставить клинический диагноз. 4. Назначить лечение

Ответы:

1. Лобные версивные вторично генерализованные эпилептические приступы, пирамидный синдром, нарушение сознания (оглушение), алкогольный абстинентный синдром;
2. МРТ головного мозга, электроэнцефалография, биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, ГГТ, глюкоза, общий и прямой билирубин), анализ крови на алкоголь;
3. Симптоматическая (посттравматическая) лобная вторично генерализованная эпилепсия, эпистатус (в случае подтверждения электроэнцефалографией) на фоне алкогольного абстинентного синдрома;
4. С учетом повторных эпилептических приступов (фактически эпистатус на фоне абстиненции) показано применение диазепама, детоксикационная терапия

#### **Ситуационная задача №14**

Больная М., 25 лет с 14-летнего возраста отмечает приступы потери сознания, с падением, но без судорог. Перед приступом отмечает чувство «дурноты», лицо бледнеет, в глазах темнеет. Чаще приступы возникают в душном помещении. Из сопутствующих заболеваний мигрень без ауры частотой 1–2 раза в месяц. В неврологическом статусе: очаговой неврологической симптоматики нет. Глазное дно в норме. ЭЭГ без патологических изменений.

Вопросы:

1. Выделить клинические синдромы.
2. Назначить дополнительные методы обследования.
3. Поставить клинический диагноз. 4. Назначить лечение

Ответы:

1. Синкопы, мигрень без ауры;
2. МРТ головного мозга, ортостатическая проба, ведение дневника АД, ЭКГ;
3. Вазовагальные обмороки у больной с эпизодической мигренью без ауры;
4. Профилактика развития обмороков: избегание провоцирующей обстановки, в случае начальных проявлений меры, направленные на улучшение мозгового кровообращения (лечь на спину, обеспечить подачу свежего воздуха).

#### **Ситуационная задача №15**

Больная Ж., 45 лет, заболела остро, 3 дня назад. После переохлаждения, вечером, почувствовала боли в заушной области. Утром развилась асимметрия лица. Неврологически: лицо асимметрично. Слева не может наморщить лоб, нахмурить брови. Глазная щель справа полностью не смыкается. Положителен симптом Белла. Слезотечение из левого глаза. Грубая сглаженность левой носогубной складки. Движения угла рта слева резко ограничены. Нарушений вкуса, гиперacusии нет.

1. Поставьте диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Назначьте план лечения.
4. Назначьте план обследования.

- Эталон ответа: (код по МКБ 10: G 51.0)** 1. Острая невропатия левого лицевого нерва.
2. Необходимо исключить симптоматический характер невропатии /при заболевании ЛОР-органов, сахарном диабете /.
  3. Нестероидные противовоспалительные средства, преднизолон, сосудорасширяющие препараты, с 7-го дня антихолинэстеразные средства, вит. группы В, фонофорез с гидрокортизоном, лечебная физкультура, массаж, ИРТ.
  4. Осмотр ЛОР- врача, исследование крови на сахар

### **Ситуационная задача №16**

К врачу обратился мужчина 45 лет с жалобами на насильственные непроизвольные движения в конечностях, лице, туловище, ухудшение памяти, внимания, изменение походки. Данные жалобы беспокоят последние 7 месяцев, к врачам не обращался. В неврологическом статусе: хореический гиперкинез, сухожильные рефлексы оживлены D=S с верхних и нижних конечностей, патологических рефлексов нет, походка «танцующая», легкое снижение когнитивных функций. Отец имел подобные симптомы, умер от пневмонии в психиатрической клинике в 56 лет.

- 1) Поставьте предположительный диагноз и зашифруйте по МКБ-10 2) Какие методы для верификации диагноза необходимы 3) Прогноз течения заболевания и возможное лечение.

- Эталон ответа: (код по МКБ 10: G 10)** 1) Болезнь Гентингтона.
- 2) ДНК исследование, консультация врача генетика
  - 3) Прогноз не благоприятный, как правило смертельный исход наступает через 10-15 лет после дебюта заболевания. Этиотропного лечения нет. Рекомендуются нейролептики, могут использоваться противопаркинсонические препараты

### **Ситуационная задача №18**

На приеме молодой человек лет с жалобами на слабость, чувство онемения в области IV и V пальцев правой кисти.

Из анамнеза: данные симптомы появился несколько дней назад, мальчик по долгу делает уроки и любит сидеть за письменным столом с опорой локтями о стол. Объективно: Сила правой руки снижена, не может отвести 4-5 пальцы в сторону. Снижены трицепитальный и карпорадиальный рефлексy справа. Снижена чувствительность на тыльной поверхности большого пальца. Симптом «когтистой лапы».

1. Поставить клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
2. Обоснование клинического диагноза.
3. Назовите основные причины данного заболевания.
4. Тактика медикаментозного лечения больного с данным заболеванием.

- Эталон ответа: (код по МКБ 10: G 56.2)** 1. Неврит правого локтевого нерва.
2. Обоснование: симптом «когтистой лапы», нарушение двигательных и чувствительных функций к кисти, данные анамнеза.
  3. Чаще всего это компрессия нерва в области локтевого сустава, возникающая у лиц, которые работают с опорой локтями о станок, верстак, письменный стол и даже при длительном сидении с положением рук на подлокотниках кресел. Изолированное поражение нерва наблюдается при переломах внутреннего мыщелка плеча и при надмыщелковых переломах. Иногда поражение нева наблюдается при сыпном и брюшном тифе и других острых инфекциях.
  4. Назначают витамины группы В с и Е, противовирусные препараты, антихолинэстеразные препараты, дибазол, дуплекс, гомеопатические средства. При

отсутствии признаков восстановления в течение 1—2 месяцев показана операция (невролиз, сшивание нервного ствола и т.д.

### **Ситуационная задача №19.**

Женщина 62 лет обратилась с жалобами на онемение стоп и слабость в ногах, ощущение покалывания, боль, жжение в стопах, которое усиливается в покое (ночью). При осмотре: сухость, шелушение кожи стоп. В неврологическом статусе: гипестезия по типу «носков», снижение ахиллова рефлекса и снижение вибрационной чувствительности на больших пальцах стоп. Пять лет назад у пациентки выявлен сахарный диабет II типа.

1. Клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 ?
2. Методы обследования данной больной?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Лечение?

**Эталон ответов: (код по МКБ 10: E11.4+G 63.2)**

1. Диабетическая полинейропатия, сенсомоторная форма.
2. ЭНМГ, консультация эндокринолога
3. Дифференциальная диагностика с другими видами полинейропатий: токсическая, инфекционно-воспалительная, полинейропатия при других эндокринологических и метаболических нарушениях.
4. Препараты альфа-липоевой кислоты, сосудистые препараты (Пентоксифиллин), антиконвульсанты для снятия болевого синдрома (Габапентин, Прегабалин), витамины группы В, ипидакрин, уход за кожными покровами.

### **Ситуационная задача №20.**

Родители привели к педиатру сына 5 лет. Мать отмечает, что последнее время мальчик стал часто спотыкаться, падать, изменилась походка. Из осмотра: у ребенка кифосколиотическая деформация позвоночника, гипотрофия мышц тазового пояса. Икрожные мышцы в объеме увеличены. Походка «утиная». Положительный симптом Говерса. Фибриллярные подергивания мышечных волокон отсутствуют. Сухожильные рефлексы снижены с верхних и нижних конечностей. У отца мальчика все родственники здоровы, со слов матери, сын старшей сестры умер в возрасте 17 лет от неизвестного заболевания.

- 1) Поставьте диагноз и зашифруйте по МКБ-10
- 2) Что такое симптом Говерса?
- 3) Какие дополнительные методы диагностики могут быть использованы?
- 4) Возможная тактика лечения и прогноз?
- 5) Диспансерное наблюдение

**Эталон ответа: (код по МКБ 10: G71.0)**

- 1) Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшена
- 2) Симптом Говерса- это компенсаторный приём, применяемый больными с мышечными дистрофиями при вставании («вставание лесенкой»): больной встаёт поэтапно, опираясь руками о нижние конечности.
- 3) Молекулярно-генетическое исследование, ЭНМГ
- 4) Прогноз неблагоприятный, обычно через 7-10 лет пациенты утрачивают способность к самостоятельному передвижению.

Лечение включает курсы (4 раза в год) антихолинэстеразные средства, метаболические препараты (корнитин, АТФ, кокарбоксилаза), витамины группы В, ЛФК,

массаж. На данный момент существуют препараты генной инженерии, предназначенные для замедления течения некоторых форм прогрессирующих мышечных дистрофий.

- 5) диспансерное наблюдение у невролога по месту жительства: 1 раз в 6 месяцев в возрасте до 10 лет, 1 раз в 3 месяца в возрасте старше 10 лет - оценка функционального статуса, мышечной силы и объема движений; оценка нейропсихологического статуса; определение и контроль плана реабилитации; решение вопроса о назначении лечения ГК, подбор дозы, схемы и режима, контроль побочных эффектов, пересмотр схемы лечения.

· диспансерное наблюдение у педиатра/врача общей практики по месту жительства: контроль веса и роста каждые 6 мес., контроль общего состояния, своевременная диагностика ортопедических, кардиологических, пульмонологических симптомов и направление к специалистам.

· диспансерное наблюдение у специалистов (кардиолог, ортопед, эндокринолог и др.) по месту жительства и проведение специфической диагностики по показаниям. · контроль выполнения плана профилактической иммунизации, включить пневмококковую и противогриппозную вакцины.

· ЭКГ, ЭхоКГ - при постановке диагноза, далее 1 раз в год; по показаниям чаще.

· АЛТ, АСТ, КФК, ЛДГ – 1 раз в 6 месяцев.

· кальций, фосфор, ЩФ, 25-гидроксивитамин Д – 1 раз в 6 м

### **Ситуационная задача №21.**

К врачу обратился молодой человек 20 лет с жалобами на нарастающую слабость в проксимальных отделах верхних конечностей в течение последних 6 месяцев. При осмотре: гипотрофия плечевого пояса и проксимальных отделов верхних конечностей, снижена скорость выполнения активных движений в проксимальных отделах рук, мышечная сила в них 4-х б., гипотония и гипорефлексия верхних конечностей. Крыловидные лопатки, губы «тапира», полированный лоб. Дедушка пациента страдал неизвестным наследственным заболеванием.

- 1) Поставьте предположительный диагноз и зашифруйте по МКБ-10
- 2) Какой тип наследования данного заболевания
- 3) Какие методы необходимо провести для верификации диагноза 4) Прогноз течения заболевания и лечение.

5) Реабилитация и диспансерное наблюдение у невролога. **Эталон ответа (код по МКБ 10: G71.0)**

- 1) Плече-лопаточно-лицевая миодистрофия Ландузи- Дежерина
- 2) Аутосомно-доминантный тип наследования
- 3) ДНК-исследование, ЭНМГ
- 4) Прогноз относительно благоприятный и зависит от формы заболевания. Лечение включает курсы (4 раза в год) антихолинэстеразные средства, метаболические препараты (корнитин, АТФ, кокарбоксылаза), витамины группы В, ЛФК, массаж. 5) Индивидуальная программа реабилитации в полном объеме может быть составлена лишь для больных с поздними и медленно прогрессирующими формами ПМД

(Ландузи-Дежерина, Беккера, Эрба-Рота):

1. Медицинская реабилитация предусматривает регулярную медикаментозную терапию, лечебную физкультуру, массаж, санаторно-курортное лечение, снабжение ортопедической обувью, фиксирующими аппаратами; иногда применяются реконструктивные хирургические операции.

2. Профессиональная реабилитация: а) при некоторых формах ПМД — профессиональная ориентация и профобучение в техникуме, профтехучилище (экономист, правовед, технолог-нормировщик, часовщик и др.); б) трудоустройство инвалидов III группы (возможно лишь с учетом противопоказаний, в комфортных условиях по I категории

тяжести); в) некоторые больные (в основном имеющие среднее и высшее образование) могут быть приспособлены к работе в индивидуальных, в частности домашних, условиях.

3. Социальная реабилитация включает снабжение бытовыми приспособлениями (с учетом характера двигательного дефекта), бесплатными лекарствами, средствами передвижения (кресло-коляска); обучение самообслуживанию. Нередко важна психологическая помощь семье и обучение навыкам ухода за тяжелыми больными с мышечной дистрофией.

Диспансерное наблюдение у невролога по месту жительства: 1 раз в 6 месяцев в возрасте до 10 лет, 1 раз в 3 месяца в возрасте старше 10 лет.

### **Ситуационная задача № 22.**

У врача на осмотре мальчик 14 лет с жалобами на слабость в ногах, быструю утомляемость при стоянии, периодические боли и ощущение онемения в стопах. В неврологическом статусе: симметричная мышечная слабость в дистальных отделах ног (свисающие стопы), гипотрофия голеней, конфигурация ног по типу «перевернутых бутылок», походка перонеальная, снижение коленных рефлексов, ахилловы рефлекс не вызываются, гипестезия по типу «носков».

1) Поставьте предположительный диагноз и зашифруйте по МКБ-10 2) Какие методы для верификации диагноза необходимы 3) Прогноз течения заболевания и возможное лечение.

4) Диспансерное наблюдение у невролога **Эталон ответа: (код по МКБ 10: G60.0)**

- 1) Невральная амиотрофия Шарко-Мари-Тута
- 2) ДНК диагностика, ЭНМГ
- 3) Прогноз: заболевание медленно прогрессирует, не сказывается на продолжительности жизни. Лечение включает курсы (4 раза в год) антихолинэстеразные средства, метаболические препараты (корнитин, АТФ, кокарбоксилаза), витамины группы В, ЛФК, массаж.
- 4) Диспансерное наблюдение у невролога по месту жительства: 1 раз в 6 месяцев в возрасте до 10 лет, 1 раз в 3 месяца в возрасте старше 10 лет

### **Ситуационная задача №23**

Больной 56 лет жалуется на периодические приступы головокружения, пошатывание при ходьбе, слабость левой руки. Резкое снижение пульсации на артериях левой верхней конечности, грубый систолический шум в проекции подключичной артерии. На реоэнцефалограмме - признаки недостаточности кровообращения в вертебробазиллярной системе слева.

- Диагноз?
- Инструментальные методы исследования?
- Консервативная терапия?
- Хирургическая тактика?
- Прогноз?

Ответ: 1. Атеросклероз, подключично-позвоночный синдром слева, стадия субкомпенсации.

2. Необходима аортография дуги аорты по Сельдингеру для решения вопроса о дальнейшей лечебной тактике и выбора метода реконструктивной операции. 3. Лечение атеросклероза, дезагреганты пожизненно 4. см 2. 5. В зависимости от данных ангиографии.

### **Ситуационная задача №24.**

Больная М., 16 лет обратилась к врачу с жалобами на слабость в ногах. Стало трудно подниматься по лестнице, вставать со стула, с пола. Из анамнеза выяснилось, что болезнь

развивается медленно, постепенно без видимой причины. С 10-12 летнего возраста начала отставать от сверстников на уроках физкультуры, особенно при беге, с 14 лет бегать совсем не может. К 16 годам стало трудно подниматься по лестнице и по ступенькам в транспорте. Каких-либо инфекционных заболеваний или травм не было. При исследовании в клинике патологии со стороны внутренних органов не выявлено. В неврологическом статусе: общемозговых, менингеальных симптомов не отмечено. Имеется парез проксимальных отделов рук и ног. Атрофия мышц плечевого пояса с 2-х сторон, крыловидные лопатки». Тонус мышц рук понижен, сухожильные рефлексы сохранены. В ногах также отмечена гипотония мышц, гипотрофия, больше выраженная в проксимальных отделах. Сухожильные рефлексы: коленные – отсутствуют, ахилловы – снижены. Чувствительных нарушений не выявлено, координация не страдает. При вставании с пола нужен упор, «карабкается по себе». Тазовые функции не нарушены. Родители здоровы, старший брат больной также ходит с трудом из-за слабости ног. Клинический анализ крови и мочи без патологии. Глазное дно: не изменено. Рентгенография легких: без особенностей. Прозериновый тест «отрицательный». ЭНМГ: снижение биопотенциалов в мышцах проксимальных отделов рук и ног и дистальных отделов ног. ЭЭГ без патологии.

#### Вопросы

1. Топический диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Клинический диагноз, код по МКБ-10?
4. С какими болезнями надо проводить дифференциальный диагноз?
5. Основные принципы лечения.
6. Дайте прогноз жизни, трудовой деятельности.
7. По какому типу наследуется данное заболевание?
8. Будет ли болен ребенок у данной больной, если она захочет стать матерью?

#### Эталон ответа (код по МКБ 10: G71.0)

У больной нет поражения нервной системы. Страдают сами мышцы. Топический диагноз ставится путем исключения поражения других отделов нервной системы. Если у больной имеется периферический парез рук и ног (атрофия мышц, гипотония), то 1-й центральный двигательный нейрон не страдает. Если бы страдали передние рога спинного мозга, то наблюдались бы фасцикуляции мышц, и изменения на ЭМГ (высокоамплитудные единичные «залпы»). Если бы страдали передние корешки, периферический парез соответствовал бы пораженным сегментам, на ЭМГ были бы фасцикуляции. При поражении спинномозговых нервов, сплетений и периферических нервов периферический парез был бы в зоне этих поражений и наблюдались бы нарушения чувствительности. При поражении синапса (места передачи импульса с нерва на мышцу) наблюдалась бы миастеническая слабость (усиление пареза при физической нагрузке; улучшение – при прозериновой пробе). Остается поражение самих мышц. Данные ЭМГ это подтверждают.

2. Для уточнения диагноза можно провести исследование КФК, лактатдегидрогеназы и миоглобина в сыворотке крови, собрать генеалогические данные и проанализировать их.

Необходимо осмотреть (обследовать) брата больной.

3. Прогрессирующая мышечная дистрофия, вероятнее всего форма Эрба-Рота.
4. Дифференциальный диагноз надо проводить с такими заболеваниями как миастения, невральные формы мышечных дистрофий, спинальными амиотрофиями (Кугельберга-Веландера).
5. В связи с отсутствием этиологического и патогенетического лечения назначают лечение симптоматическое – АТФ, витамин Е, церебролизин, рибоксин, преднизолон, массаж, ЛФК.
6. Прогноз для жизни - обычно при хорошем уходе больные доживают до 45-50 лет. Нетрудоспособна.
7. Данное заболевание наследуется по аутосомно-рецессивному типу.

8. При аутосомно-рецессивном типе наследования ребенок получит только один патологический ген от матери и, следовательно, болезни у него не будет, так как второй ген он получит от отца, Предполагается, что супруги не состоят в кровном родстве.

### Ситуационная задача № 25

На приеме ребенок 4 лет с жалобами со слов мамы на постепенно развившуюся слабость в ногах, стал с трудом подниматься по лестнице, часто падать. Совсем не может бегать, изменилась походка. Из анамнеза: ребенок от I беременности, I родов. Роды в срок, масса при рождении 3370. До 3 лет развивался соответственно возрасту. Сел в 6 месяцев, пошел в 10 месяцев.

Объективно: на осмотр реагирует адекватно, психическое развитие соответствует возрасту. Сила мышц в проксимальных отделах нижних конечностей, а также длинных мышц спины снижена. Выраженный поясничный лордоз. Псевдогипертрофия икроножных мышц: при пальпации икроножные мышцы плотные. Четырёхглавые мышцы дряблые. Своеобразно встаёт из горизонтального положения: сначала поворачивается на живот, затем, упираясь руками в пол, становится на четвереньки; разгибая колени выпрямляет ноги, после чего перебирая руками по ногам выпрямляется (симптом «лестницы»). Походка «утиная». Сухожильные рефлексы с рук живые S=D, коленные abs, ахилловы – снижены S=D. Все виды чувствительности сохранены. Функция тазовых органов не нарушена.

Анализ мочи: содержание креатина в суточной моче 200мг (норма 70мг), креатинина 280мг (норма 350-400мг). Выявлена гипераминоацидурия.

1. Клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
2. Какие еще исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Прогноз при данном заболевании.
4. На что направлена терапия при данном заболевании?
5. Дать определение мышечных дистрофий. Какие виды мышечных дистрофий вы знаете?

**Ответ: (код по МКБ 10: G 71.0)**

1.Наследственная нервно-мышечное заболевание – псевдогипертрофическая форма Дюшена.

2. На ЭМГ с пораженных мышц будет отмечаться снижение амплитуды регистрируемых потенциалов при произвольных движениях.

3. Мышечная дистрофия Дюшена - одна из самых тяжелых и быстро прогрессирующих форм. К 12 годам больные обычно теряют способность передвигаться, а к 20 годам большинство из них погибает.

4. Не существует способов предотвратить или замедлить прогрессирование мышечной слабости при мышечной дистрофии. Терапия направлена главным образом на борьбу с осложнениями, такими, как деформация позвоночника, развивающаяся вследствие слабости мышц спины, или предрасположенность к пневмониям, обусловленная слабостью дыхательных мышц. В этом направлении достигнуты определенные успехи, и качество жизни больных с мышечной дистрофией улучшилось. Сейчас многие больные, несмотря на свой недуг, могут вести полноценную и продуктивную жизнь. 5. Мышечные дистрофии — это группа хронических наследственных миопатии, которые характеризуются прогрессирующим течением и специфическими гистологическими изменениями. Современные исследования в области молекулярной генетики расширили понимание патофизиологии многих видов дистрофии. Наиболее значимые дистрофии — это наследственные сцепленные с X-хромосомой дистрофинопатии — мышечные дистрофии Дюшена и Беккера, а также наследуемые по аутосомно-доминантному типу лице-плече-лопаточная, миотоническая, конечностно-поясная, окулофарингеальная и прогрессивная офтальмоплегическая мышечные дистрофии.

### Ситуационная задача № 26

Больной 53 лет в находясь в деревне во время физической нагрузки внезапно почувствовал резкую слабость в ногах, жгучие боли в ногах, больше по внутренней поверхности, отмечает нарушение мочеиспускания. При осмотре: вялый асимметричный нижний парапарез, гипестезия в области промежности и по внутренней поверхности бедер.

1. Топический диагноз?
2. Предварительный диагноз и зашифруйте по МКБ-10 ?
3. Обследование?
4. Тактика ведения больного? **Ответ: (код по МКБ 10: G83.4)** 1. Синдром конского хвоста.
2. Вертеброгенный генез - задняя центральная грыжа поясничной локализации. Возможна невринома конского хвоста.
3. МРТ, КТ
4. Госпитализация в нейрохирургическое отделение

### Ситуационная задача № 27

Больной Р., 38 лет. По профессии - водитель автомобиля. В течение 5 лет периодически после физической нагрузки ощущал кратковременные боли в пояснице, которые проходили после отдыха и местноанестезирующих мазевых растираний. Накануне обращения поднял груз. Возникла резкая боль в пояснице с иррадиацией в правую ногу, не мог «разогнуться».

Неврологически: напряжение мышц поясничной области. Сколиоз. Движения в поясничном отделе позвоночника резко ограничены из-за боли. Болезненность при пальпации паравертебральных точек L4- L5- S1 справа. Ахиллов рефлекс справа снижен. Выявляется снижение болевой чувствительности по наружной поверхности правой голени. Положителен симптом Ласега справа под углом 30 градусов.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Назначьте план обследования.

#### Эталон ответа ( код по МКБ 10: М 54.1)

1. Обострение хронической вертеброгенной пояснично- крестцовой радикулопатии.
2. Необходимо дифференцировать с метастатическим поражением позвоночника, туберкулёзным спондилитом.
3. Нестероидные противовоспалительные средства, миорелаксанты, местноанестезирующие растирания, физиотерапевтическое лечение (диадинамические токи) 4. Рентгенография пояснично- крестцового отдела позвоночника, общий анализ крови, общий анализ мочи.

### Ситуационная задача № 28

Пациент 32 лет, обратился с жалобами на боли в поясничной области с иррадиацией в левую ногу. Боли возникли после подъема тяжелого груза. При осмотре: походка анталгическая, ограничение движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, болезненность при пальпации паравертебральных точек L5-S1 слева, положительный симптом Ласега 45 градусов слева, ахиллов рефлекс слева отсутствует, гипестезия по наружному краю голени слева.

1. Клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10?
2. Методы обследования данного больного?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Лечение?

**Эталон ответов: (код по МКБ 10: M51.1+G 55.1)** 1. Дискогенная радикулопатия L5-S1 слева.

2. Рентгенография пояснично-крестцового отдела, МРТ пояснично-крестцового отдела. 3. Дифференциальная диагностика с опухолью пояснично-крестцового отдела позвоночника, болезнью Бехтерева.

4. НПВС, миорелаксанты, витаминотерапия, местное применение НПВС, медикаментозная блокада

### **Ситуационная задача № 29**

Пациент 45 лет, ювелир, после нескольких часов работы без перерыва возникла боль, распространяющаяся от шеи и лопатки по задненаружной поверхности правого плеча и дорсальной поверхности предплечья ко II и III пальцам. В анамнезе имели место боли в шейном отделе позвоночника, которые облегчались приемом НПВС. При вертеброневрологическом осмотре выявлено ограничение движений в шее, больше ограничен поворот и наклон головы вправо, гипестезия в области II-III пальцев правой кисти, снижение рефлекса с сухожилия трехглавой мышцы справа.

1. Клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 ?
2. Методы обследования данного больного?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Лечение?

**Эталон ответов: (код по МКБ 10: М 50.1)** 1. Дискогенная радикулопатия С6-С7 справа.

2. Рентгенография шейного отдела, МРТ шейного отдела позвоночника. 3. Дифференциальная диагностика с туберкулезным спондилитом, экстремедуллярной опухолью шейных сегментов спинного мозга. 4. НПВС, миорелаксанты, витаминотерапия, местное применение НПВС.

### **Ситуационная задача № 30**

Женщина 30 лет, обратилась к врачу с жалобами на приступообразные пульсирующие боли в правой половине головы, возникающие после переутомлений и эмоционального напряжения. Страдает головными болями с 13 лет. Подобными головными болями страдают мать и две родные тети. Боли иррадиируют в правый глаз и верхнюю челюсть. На высоте головной боли, отмечается тошнота иногда рвота. Приступ длится несколько часов. Проходит после длительного сна или инъекций анальгетиков. Приступы повторяются - 1-2 раза в месяц. В неврологическом статусе очаговой неврологической патологии не выявлено.

1. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Предложите план обследования больной.
4. Назначьте лечение в период приступа головной боли.
5. Если ли необходимость в проведении превентивной терапии? Ваши рекомендации по лечению в межприступный период.

**Эталоны ответов: (код по МКБ 10: G 43.0)**

1. Мигрень без ауры
2. - Другими видами первичных головных болей (головная боль напряжения, кластерная ГБ, пароксизмальные гемикрании);
  - цервикогенная головная боль;
  - тригеминальная невралгия;
  - дисфункция височно-нижнечелюстного сустава;
  - аневризма головного мозга;
3. МРТ головного мозга (для исключения органической патологии ГМ)

4. - НПВС, кофеинсодержащие препараты (аскофен, цитрамон) + кофе, какао; - препарат эрготамина и дигидроэрготамина (Дигидергот - назальный спрей) , комбинированные препараты (Номигрэн (Эрготамин +Кофеин); - триптаны (суматриптан, золмитриптан).
5. - Бета-адреноблокаторы (анаприлин, пропранолол, бисопролол, метопролол);  
- блокаторы кальциевых каналов (верапамил, нимодипин);  
- антиконвульсанты (вальпроаты, топирамат);  
- антидепрессанты (ТЦА (амитриптилин, венлафаксин))

### **Ситуационная задача № 31**

У пациента П. 35 лет, находящегося в отделении ОРИТ в связи с закрытой черепно-мозговой травмой, 30 секунд назад зафиксирована остановка сердца и дыхания.

#### **Вопросы:**

1. Какие меры необходимо предпринять? Каков алгоритм?  
После предпринятых мер у больного восстановился ритм сердца, но отсутствует сознание и спонтанное дыхание.
2. Каковы дальнейшие действия? Как осуществлять уход за больным?  
Больному для обеспечения вентиляции легких наложена трахеостома.
3. Как осуществлять уход за трахеостомой? **Эталон ответа:**
  1. У больного зафиксирована клиническая смерть. Показана сердечно-легочная реанимация. Следует обеспечить проходимость дыхательных путей, выполнить искусственную вентиляцию легких и непрямой массаж сердца, осуществить венозный доступ, медикаментозную поддержку и противоишемическую защиту мозга. Восстановление ритма сердца и кровоснабжения мозга является критерием эффективности сердечно-легочной реанимации.
  2. Требуется продленная ИВЛ, противоишемическая защита мозга. Уход включает гигиенические мероприятия, профилактику пневмонии и пролежней, адекватное питание.
  3. Трахеостома предполагает регулярную санацию полости рта и трахеобронхиального дерева, борьбу с пересыханием слизистой дыхательных путей, санацию кожи вокруг свища.

### **Ситуационная задача № 32**

Во время Вашего ночного дежурства больной в палате встал и упал на пол. За Вами прибежал сосед по палате. Придя в палату, Вы увидели, что больной лежит на полу. Что и в какой последовательности Вы будете делать? **Эталон ответа:**

1. Выбежать в коридор и вызвать медицинскую сестру. Запросить переносной дефибриллятор и лекарственную укладку, сообщить о происшествии в отделение реанимации, вызвать бригаду на себя.
2. Оценить показатели сознания, если сознание отсутствует, то уложить пациента на ровный участок, на спину; восстановить проходимость дыхательных путей, используя тройной прием Сафара, определить наличие самостоятельного дыхания и определить пульс на сонной артерии в течение 5 секунд. При их отсутствии начать сердечно-лёгочную реанимацию: и начать наружный массаж сердца; проводить СЛР в соотношении 30: 2.
3. Как только доставлены дефибриллятор и медикаменты: провести оценку ритма (при необходимости провести ЭДС), ввести необходимые препараты. Проводить оценку ритма каждые 2 мин для контроля эффективности реанимации; СЛР продолжается либо до прибытия подмоги, после чего не прерывая процесса реанимации больной перекладывается на каталку и транспортируется в специализированное отделение реанимации и интенсивной терапии, либо при неэффективности СЛР в течение 30 минут производится констатация смерти пациента.

### **Ситуационная задача № 33**

В МЗ области (далее - Министерство) поступило обращение пациента по работе сервиса электронной регистратуры портала zdrav.ru по поводу неудобного функционала

- записи на прием к врачу-специалисту по сравнению с ранее существовавшей системой.
- Вопросы: 1. В какую медицинскую организацию Министерству необходимо сделать запрос по данному факту?
2. Что необходимо сделать для выяснения факта изменения функционала электронной записи на прием к врачу в медицинской организации, куда обращался пациент?
  3. Какие механизмы решения данной проблемы можно предложить?
  4. Какие параметры и в какие сроки можно модернизировать функционал портала самозаписи? 5. Что необходимо сделать для подготовки ответа на обращение пациента?

**Эталон ответа:** 1. В соответствии с п. 5 Положения о государственной информационной системе АО «Интернет-портал самозаписи на прием к врачу» оператором системы является ГБУЗ АО «МИАЦ». Оператор обеспечивает эффективное и бесперебойное функционирование системы и организацию работ по совершенствованию характеристик дизайна и информационной структуры портала.

2. В настоящее время медицинские организации переведены с режима записи по электронной почте через администратора регистратуры учреждения на интерактивный режим записи, который обеспечивает передачу информации о реальном расписании приема врачей учреждения из медицинской информационной системы для публикации на портале, а также передачу от портала самозаписи в медицинскую информационную систему сведений о записавшихся на прием к врачу.

3. Для обучения пациентов новому функционалу самозаписи в доступных местах медицинской организации, на сайте медицинской организации разместить пошаговую инструкцию о пользовании системой. Разместить инструкцию на портале [zdrav.ru](http://zdrav.ru)., рекомендовать руководителям медицинских организаций к размещению данной инструкции на бумажном носителе на информационных стендах в медицинских организациях.

4. На основании выявленной информации и предложенных механизмов решения, предоставить в установленные в запросе сроки в Министерство ответ на запрос для формирования ответа на обращение пациента в соответствии с порядком, установленным ФЗ от 02.05.2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращения граждан Российской Федерации»

#### **Ситуационная задача № 34**

Ежемесячно в страховую медицинскую организацию поступают счета по оплате медицинских услуг медицинского учреждения стационарного типа и проводится медико-экономическая экспертиза счетов фактур. При необходимости проводится экспертиза качества медицинской помощи (стационарных услуг), чаще это целевая экспертиза, подтверждающая надлежащие объемы и качество медицинских услуг. За последние годы сформировалась следующая структура дефектов, состоящая из 21 пункта, в основном это: подача на оплату незастрахованных в СМО граждан (17%); включение на оплату услуг, фактически не подтвержденных записями в первичной медицинской документации; отсутствие медицинской документации или нарушение ее ведения - 10-15%. Это самый большой процент из всей дефектуры. Причина заключается в том, что первичные карты застрахованных, поступающих на лечение, заполняются вручную (срабатывает человеческий фактор). С ними связаны основные финансовые потери (от 35000-45500 руб. ежемесячно), которые можно избежать. Каким образом можно уменьшить данные потери?

**Эталон ответа:** введение электронного документооборота на основе утвержденных шаблонов учетно-отчетной медицинской документации

#### **Ситуационная задача № 35**

Внутренний контроль качества медицинской помощи осуществляется должностными лицами системы здравоохранения.

Вопросы (задание):1. Выберите из перечисленных ниже должностных лиц относящиеся к субъектам внутреннего контроля качества медицинской помощи: - заведующий отделением; - заместитель главного врача по экспертизе качества;- главный специалист;- эксперт страховой медицинской организации.

**Эталон ответа:** - заведующий отделением; - заместитель главного врача по экспертизе качества;- главный специалист

### **Ситуационная задача № 36**

Пациент 25 лет, поступил с жалобами на головную боль, головокружение, чувство тяжести, сдавления в груди, приступы удушья, кашель, тошноту, рвоту и ухудшение зрения. Анамнез. В очаге заражения, возникшего в результате аварии на химическом производстве, пострадавший снял противогаз без команды.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Агрессивен, немотивированные поступки. Кожные покровы и видимые слизистые цианотичны. Гиперсаливация, гипергидроз. Органы дыхания: ЧДД 26 в минуту, дыхание поверхностное везикулярное, сухие свистящие хрипы. Сердечно-сосудистая система: пульс – 60 ударов в минуту, АД – 115/60 мм рт. ст. Офтальмолог: снижение остроты зрения, выраженный миоз, спазм аккомодации, боли в животе спастического характера.

Поставьте диагноз, проведите медицинскую сортировку, окажите пострадавшему медицинскую помощь на этапах медицинской эвакуации.

**Эталон ответа:** Отравление ФОС, средней степени тяжести, психоневротическая форма. Госпитализация в 1 очередь. Проведение ЧСО, введение афина 1,0 в/м; повторное введение афина, реланиум в/м, ЧСО. Введение атропина сульфата 0,1% 15-20 мл/сутки, реактиваторов холинэстеразы – дипироксим, антипсихотиков – галоперидол, аминазин 25% 2,0 в/м, бензодиазепины в/м., изоляция в психоневрологическое отделение.

### **Ситуационная задача № 37**

Качество медицинской помощи в стационаре непосредственно связано с качеством диагностики заболеваний, явившихся причиной госпитализации.

Вопросы (задание):1. Из приведенных ниже показателей выберите характеризующие качество врачебной диагностики в стационаре и приведите обоснование сделанного выбора: - летальность; - процент расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов; - средняя длительность пребывания больного в стационаре; - исходы заболеваний **Эталон ответа:** летальность; - процент расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов; - средняя длительность пребывания больного в стационаре.

### **Ситуационная задача № 38**

В отделение многопрофильного стационара машиной скорой помощи доставлен пострадавший с острой дыхательной недостаточностью. Медицинская помощь начата на догоспитальном этапе, однако к моменту поступления острая дыхательная недостаточность не купирована. Составьте план ведения больного.

**Эталон ответа:**

- продолжают оказание медицинской помощи пациентам с ОДН, которая проводилась на догоспитальном этапе.
- используются возможности инструментальных и лабораторных исследований стационара, что позволяет уточнить клинический диагноз и провести дифференциальную диагностику с назначением этиопатогенетического лечения. Всем больным с ОДН показана рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях. При необходимости уточнения диагноза выполняют компьютерную томографию легких, а при подозрении на ТЭЛА ее проводят в ангиорежиме или выполняют сцинтиграфию легких.

-Эхокардиография сердца позволяет оценить давление в легочной артерии (ТЭЛА) и сократительную функцию миокарда (инфаркт миокарда)

-Бронхофиброскопия показана для санации трахеобронхиального дерева при обильной мокроте, исключения механических препятствий дыханию (стенозы, опухоли) и позволяет сделать забор мокроты для бактериологического и вирусологического исследований.

Обязательное назначение:

- клинический анализ красной и белой крови;
- полное биохимическое исследование крови с маркерами повреждения миокарда (тропонин, КФК-МВ и пр.);
- коагулограмма (подозрение на ТЭЛА);
- газы артериальной крови и КОС;
- мониторное наблюдение (ЭКГ, ЧСС, пульсоксиметрия); - клинический анализ мочи.

Больной осматривается на предмет особо опасных инфекций.

Больные с подтвержденным диагнозом «тяжелое обострение бронхиальной астмы» продолжают получать бронхолитическую, противовоспалительную и инфузионную терапию. Растворы для ингаляций

\* Сальбутамол (вентолин): 5 мг каждые 20 мин. в течение 1 часа. Затем через 1-4 часа.

\* Тербуталин (бриканил): 10мг каждые 20 мин. в течение 1 часа. Затем через 1-4 часа. \* Фенотерол (беротек) 1,0-1,5 мг каждые 20 мин в течение 1 часа. Затем через 1-4 часа или по требованию.

\* Ипратропия бромид + Фенотерол (беродуал). В 1 мл раствора содержится атровента 0,25 мг и фенотерола 0,5 мг. Ингалируется по 2.0-4,0 мл каждые 30 мин. в течение 1 часа. Затем через 2 – 4 часа.

При бронхообструктивном синдроме используют глюкокортикостероиды: дексазон внутривенно в дозе от 8 до 24 мг (возможно увеличение дозы) или другие глюкокортикостероиды в эквивалентных дозах

Инфузионная терапия проводится под контролем ЦВД, которое должно составлять 8 – 12 см вод.ст. и темпа почасового диуреза – 80 мл в час, но никак не менее 60 мл в час. Используют 5 % р-р глюкозы 500,0; 0,9% р-р хлористого натрия 500,0 и гидроксиэтилкрахмалов.

Обычно суточный объем не превышает 1,5 – 1,7 литра.

В обязательном порядке ингалируется кислород.

При SpO<sub>2</sub> менее 92% показана респираторная поддержка.

При гипотонии применяют кардио- и вазотропные средства для чего предпочтительнее использовать шприцевые инфузионные насосы (дозаторы лекарственных средств, инфузоматы), хотя возможно внутривенное капельное введение. Дофамин: 2,0 – 4,0 мкг/кг/мин (вазоплегический эффект)

5,0 – 20 мкг/кг/мин (кардиотоническая эффект)

Адреналин: 0,01 – 0,15 мкг/кг/мин Норадреналин: 0,5 – 0,25 мкг/кг/мин

Мезатон: 0,5 - 1,5 мкг/кг/мин

При повышенном артериальном давлении или легочной гипертензии – систолическое давление в легочной артерии выше 35 мм рт.ст. (ТЭЛА, кардиогенный отек легких, тяжелое обострение ХОБЛ): нитроглицерин: 0,5-8,0 мг/час.

Проводят в/в капельное введение плазмозаменителей: р-р глюкозы 5% - 500 мл, р-р хлористого натрия – 200 мл, гидроксиэтилкрахмал – 500 мл.

Больные должны получать увлажненный кислород, а при выраженной гипоксемии на фоне кислородотерапии (PaO<sub>2</sub> < 65 мм рт. ст. и умеренной гиперкапнии (PaCO<sub>2</sub> 50 – 60 мм рт. ст.) применяется респираторная поддержка (категория доказательств С). Если состояние больного улучшилось: уменьшились признаки дыхательной недостаточности, интоксикации, стабилизировалась гемодинамика, он может быть переведен в

пульмонологическое или терапевтическое отделение. При отсутствии улучшения состояния или прогрессировании процесса показан перевод в ОРИТ.

### **Ситуационная задача № 39**

При проведении медико-экономической экспертизы специалист-эксперт установил следующие факты:

- укорочение сроков госпитализации более чем на 50% при сравнении с медикоэкономическими стандартами;
- несоответствие объема проведенных дополнительных обследований для обоснованной верификации диагноза и выбора рациональной тактики лечения;
- при углубленной медико-экономической экспертизе формализованные записи в истории болезни подтверждают удовлетворительное состояние больного с момента поступления в стационар.

1. Достаточно ли приведенных данных для принятия решения об обоснованности госпитализации? Обоснуйте Ваш ответ.

2. Если ответ на первый вопрос «да», то какие финансовые санкции необходимо может понести медицинская организация?

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА:**

1. Принципиальное расхождение диагноза при поступлении и заключительного клинического диагноза. Нарушение в тактике лечения, предусмотренного стандартами и клиническими рекомендациями.

2. Отсутствие части формализованных записей в первичной медицинской документации (истории болезни) подтверждающих правильность избранной лечебно-диагностической технологии 3. Снижение оплаты госпитализации.

### **Ситуационная задача № 40**

Вы член врачебной комиссии амбулаторно-поликлинического учреждения. Председатель врачебной комиссии поручил вам разработать план экспертизы качества медицинской помощи в своем учреждении. Предложите основные мероприятия плана, обоснуйте предложения.

#### **Эталон ответа:**

Обеспечить работу по контролю качества медицинской помощи.

Контролировать уровень УКЛ специалистов по предоставленным отчетам.

Проводить анализ клинико-экспертных ошибок по внутриведомственному, вневедомственному контролю, докладывать на врачебных конференциях, Медицинских советах; по результатам анализа разрабатывать мероприятия по их устранению.

Проводить оценку ЭВН в случаях:

- повторных случаях длительно и часто болеющих
- с превышением либо занижением сроков ВН — сложных клинико-экспертных случаях — случаев повторной госпитализации.

Проводить экспертную оценку качества лечения больных в дневных стационарах.

### **Ситуационная задача 41**

Вы проходите производственную (клиническую) практику в многопрофильном скорпомощном стационаре. Во время дежурства в составе врачебной бригады в 9.50 утра дежурный врач по телефону получил информацию от оперативного дежурного Центра управления МЧС России: «На городском рынке произошел террористический акт. Эпицентр взрыва – в центре рынка. Ориентировочное количество пострадавших ~ 200 человек. Обстановка уточняется». Какие действия должны быть предприняты? **Эталон ответа:**

1. Дежурному врачу: исполнить алгоритм действий дежурного врача при получении информации о теракте.

