

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УТВЕРЖДЕНО

на заседании Методического Совета
ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
«2» апреля 2018г., протокол № 51
Проректор по учебной работе,
председатель Методического Совета
профессор Яременко А.И.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

дисциплины по выбору:

**«МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ:
ВЗГЛЯД НЕВРОЛОГА И ЛАБОРАТОРИИ.
ПРАКТИКУМ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ:
НАВЫКИ ЭФФЕКТИВНОГО СОБЕСЕДОВАНИЯ С ПОТЕНЦИАЛЬНЫМИ
РАБОТОДАТЕЛЯМИ»**

для специальности 31.05.01 Лечебное дело

Факультет лечебный

Кафедра Неврологии и мануальной медицины ФПО.

Кафедра Клинической лабораторной диагностики с курсом молекулярной медицины

Санкт-Петербург
2018

Версия 1 от 05.03.2018г.

Рабочая программа составлена в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по направлению подготовки 31.05.01 «Лечебное дело (уровень специалитета)», приказ № 95 Минобрнауки от 09.02.2016

Рабочая программа обсуждена на совместном заседании кафедры неврологии и мануальной медицины ФПО и кафедры клинической лабораторной диагностики с курсом молекулярной медицины «01» марта 2018г., протокол № 7

Заведующий кафедрой неврологии и мануальной медицины ФПО
д.м.н., профессор _____ Баранцевич Е.Р.

Заведующий кафедрой клинической лабораторной диагностики с курсом молекулярной
медицины
д.м.н., профессор _____ Эмануэль В.Л.

Рабочая программа одобрена цикловой методической комиссией по терапии
«05» марта 2018 г., протокол № 110.

Председатель цикловой методической комиссии

д.м.н., профессор _____ В.И.Трофимов

Секретарь ЦМК, доцент _____ Ж.С.Савицкая

СОДЕРЖАНИЕ

1. Цели и задачи дисциплины	4
2. Планируемые результаты обучения по дисциплине	4
3. Место дисциплины в структуре образовательной программы	5
4. Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся	5
5. Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам) с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий	6
5.1.1. Учебно-тематическое планирование дисциплины	6
5.1.2. Хронотаблица одного аудиторного занятия (контактная работа) по дисциплине	6
5.2. Содержание по темам (разделам) дисциплины	7
6. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине	10
6.1.1. Основная литература	10
6.1.2. Дополнительна литература	10
7. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине	11
7.1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и количества академических часов для проведения занятий клинического практического типа по темам (разделам)	11
7.2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания	12
7.2.1. Схема аттестации студентов по дисциплине	12
7.2.2. Схема проведения промежуточной аттестации по дисциплине	14
7.3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности, характеризующих этапы формирования знаний, умений, навыков и опыта деятельности	14
7.3.1. Вопросы для подготовки к собеседованию	14
7.3.2. Кейс-задания	16
7.3.3. Тесты	16
7.3.4. Ситуационные задачи (клинические наблюдения)	21
7.3.5. Список вопросов к зачёту	31
7.3.6. Пример билета для практикоориентированной части зачета	33
7.4. Методические материалы и методика, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций	34
7.4.1. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности	35
8. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети Интернет, необходимых для освоения дисциплины	35
9. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины	35
9.1. Характеристика особенностей технологий обучения в Университете	35
9.2. Особенности работы обучающегося по освоению дисциплины	35
9.3. Методические указания для обучающихся по организации самостоятельной работы в процессе освоения дисциплины	36
9.4. Методические указания для обучающихся по подготовке к занятиям	37
10. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем	40
11. Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине	40
Приложение 1. Балльно-рейтинговая система (БРС) к рабочей программе	42

1. Цели и задачи дисциплины

1.1. Цели преподавания дисциплины

«МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: ВЗГЛЯД НЕВРОЛОГА И ЛАБОРАТОРИИ. ПРАКТИКУМ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ: НАВЫКИ ЭФФЕКТИВНОГО СОБЕСЕДОВАНИЯ С ПОТЕНЦИАЛЬНЫМИ РАБОТОДАТЕЛЯМИ»

- формирование и развитие компетенций успешного трудоустройства и адаптации студентов и выпускников Университета к современному рынку труда;
- создание условий для стратегического развития кадрового потенциала Университета;
- закрепление практических навыков ведения пациента неврологического профиля для врача терапевта-участкового;
- закрепление практических навыков рационального применения лабораторных алгоритмов в клинической практике.

1.2. Задачи

Задачи дисциплины:

- развитие универсальных компетенций эффективного трудоустройства;
- формирование у обучающихся навыков эффективного составления портфолио;
- закрепление навыков обследования высших мозговых функций для успешной профессиональной карьеры;
- закрепление методов исследования нервной системы (двигательной, чувствительной системы, черепных нервов, вегетативной системы);
- закрепление навыков диагностики, лечения и профилактики основных заболеваний нервной системы на основе выявленных симптомов и синдромов;
- формирование у обучающихся навыков составления алгоритмов диагностики при конкретных патологических состояниях с учетом вида и свойств биоматериала, этапа медицинской помощи в современной структуре учреждений здравоохранения и информативности современных лабораторных технологий (чувствительность, специфичность и допустимая вариация методов).

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Процесс изучения направлен на формирование следующих компетенций:

а) общекультурных (ОК):

Выпускник программы специалитета должен обладать следующими **общекультурными компетенциями (ОК):**

- способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (ОК-1);
- готовность к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала (ОК-5).

б) профессиональных (ПК):

Выпускник программы специалитета должен обладать следующими **общепрофессиональными компетенциями (ОПК):**

- готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности (ОПК-1);
- способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач на основе лабораторных данных, отражающих объективные характеристики состояния органов и систем, а также интегральные параметры состояния здоровья (ОПК-9);

- способность к проведению диспансеризации на основе выявления, прежде всего, доклинических признаков патологии путем валидации лабораторных симптомов и синдромов (ПК-2);
- готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания (ПК-5);
- способность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний и нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра (ПК-6).

3. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина предназначена для студентов, обучающихся по специальности «лечебное дело». Изучается на 6 курсе (12 семестр).

Междисциплинарный характер тематики способствует развитию идеологии, направленной на доклиническую диагностику заболеваний, мобилизацию когнитивного потенциала и развитие общей эрудиции при формировании компетенции в профессиональной деятельности.

Результат лечебно-диагностической работы врача-клинициста во многом определяется методическими возможностями и качеством проведения лабораторной диагностики, которая используется при различных заболеваниях и патологических процессах.

Процесс обучения студентов проводится на клинической базе кафедр:

- Клиника научно-клинического исследовательского центра. Клиника НИИ неврологии, неврологическое отделение №2;
- Отделение лабораторной диагностики Университета.

На этой основе обеспечивается мощная лабораторная база, а также возможность курации пациентов с различной неврологической патологией.

Формой проверки знаний являются опросы (собеседование), тестовые контроли, проверка ситуационных задач (клинических наблюдений), защита доклада (реферата), выполнение кейсовых заданий проводимые после освоения разделов программы.

4. Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся

Вид учебной работы	Всего часов/зачетных единиц	Семестры
		12
Аудиторные занятия (всего)	24	24
<i>В том числе:</i>		
Практические занятия (ПЗ)	24	24
Самостоятельная работа (всего)	12	12
Вид промежуточной аттестации	Зачет	Зачет
Общая трудоемкость часы Зачетные единицы	36	36
	1	1

5. Содержание дисциплины, структурированного по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

5.1.1. Учебно-тематическое планирование дисциплины

Наименование темы (раздела)	Контактная работа, академические часы	Самостоятельная работа, академические часы	Всего
	Практические занятия		
Лабораторная диагностика параметров гомеостаза у амбулаторных пациентов. Методы лабораторной диагностики гормонального статуса у амбулаторных пациентов.	6	3	9
Лабораторные методы в месте лечения. Лабораторная диагностика аутоиммунных заболеваний.	6	3	9
Технологии ведения портфолио, собеседования при трудоустройстве. Тестирование когнитивных функций в амбулаторной практике. Разбор клинических наблюдений. «На приеме у врача-терапевта участкового»: пациент с нарушениями когнитивных функций.	6	3	9
Разбор клинических наблюдений «На приеме у врача-терапевта участкового»: коморбидный пациент с неврологическими проявлениями дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника, гипертонической болезнью, ИБС, язвенной болезнью желудка. «На приеме у врача-терапевта участкового»: пациент с полинейропатией.	6	3	9
Итого	24	12	36

5.1.2. Хронотаблица одного аудиторного занятия (контактная работа) по дисциплине «МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: ВЗГЛЯД НЕВРОЛОГА И ЛАБОРАТОРИИ. ПРАКТИКУМ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ: НАВЫКИ ЭФФЕКТИВНОГО СОБЕСЕДОВАНИЯ С ПОТЕНЦИАЛЬНЫМИ РАБОТОДАТЕЛЯМИ»

№ п/п	Последовательность проведения занятия (примерная схема)	Время аудиторной работы, минут

1	Контроль исходного уровня знаний студентов	20
2	Разбор темы (практического применения метода), обсуждение сложных вопросов, особенностей метода и т.п.	120
3	Выполнение практических работ, обучение навыкам.	60
4	Контроль выполнения практического задания, обсуждение, выводы	60
5	Заключение, задание для самоподготовки	10
	Всего	270 (6 академических часов)

5.2. Содержание по темам (разделам) дисциплины

№ п/п	Название раздела ФГОС	Содержание раздела	Формируемые компетенции
1.	Лабораторная диагностика параметров гомеостаза у амбулаторных пациентов. Методы лабораторной диагностики гормонального статуса у амбулаторных пациентов.	Лабораторный контроль гомеостаза. Назначения и особенности интерпретации лабораторных тестов при эндокринной патологии: современные возможности изучения гормонального статуса пациента.	<ul style="list-style-type: none"> - способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (ОК-1); - готовность к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала (ОК-5); - готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и с учетом основных требований информационной безопасности (ОПК-1); - способность к оценке морфо-функциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач на основе лабораторных данных, отражающих объективные характеристики состояния органов и систем, а также интегральные параметры состояния здоровья (ОПК-9); - способность к проведению диспансеризации на основе выявления, прежде всего, доклинических признаков патологии путем валидации лабораторных симптомов и синдромов (ПК-2). - готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания (ПК-5);
2.	Лабораторные методы в	Современные возможности	- способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (ОК-1);

	<p>месте лечения. Лабораторная диагностика аутоиммунных заболеваний.</p>	<p>прикроватной диагностики. Алгоритмы лабораторной диагностики аутоиммунных заболеваний.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - готовность к саморазвитию, само-реализации, самообразованию, использованию творческого потенциала (ОК-5); - готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и с учетом основных требований информационной безопасности (ОПК-1); - способность к оценке морфо-функциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач на основе лабораторных данных, отражающих объективные характеристики состояния органов и систем, а также интегральные параметры состояния здоровья (ОПК-9); - способность к проведению диспансеризации на основе выявления, прежде всего, доклинических признаков патологии путем валидации лабораторных симптомов и синдромов (ПК-2). - готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания (ПК-5);
<p>3.</p>	<p>Технологии ведения портфолио, собеседования при трудоустройстве. Тестирование когнитивных функций в амбулаторной практике. Разбор клинических наблюдений. «На приеме у врача-терапевта участкового»: пациент с нарушениями</p>	<p>Понятие и назначение портфолио, структурные элементы, особенности ведения портфолио. Шкала ММСЕ, Монреальская шкала оценки когнитивных функций, тест рисования часов, батарея лобных тестов: методика использования. Диагностика дисметаболических причин нарушений когнитивных функций с использованием инструментальных и</p>	<ul style="list-style-type: none"> - способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (ОК-1); - готовность к саморазвитию, само-реализации, самообразованию, использованию творческого потенциала (ОК-5); - готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и с учетом основных требований информационной безопасности (ОПК-1); - способность к оценке морфо-функциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач на основе лабораторных данных, отражающих объективные характеристики состояния органов и систем, а также

	когнитивных функций.	<p>лабораторных методов.</p> <p>Ролевые игры, демонстрации клинических наблюдений и разбор ситуационных задач: пациент с болезнью Альцгеймера, лобно-височной деменцией, деменцией с тельцами Леви, сосудистой деменцией, с умеренными когнитивными расстройствами, субъективными когнитивными расстройствами: подходы к диагностике и направления терапии.</p>	<p>интегральные пара-метры состояния здоровья (ОПК-9);</p> <ul style="list-style-type: none"> - способность к проведению диспансеризации на основе выявления, прежде всего, доклинических признаков патологии путем валидации лабораторных симптомов и синдромов (ПК-2). - готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания (ПК-5); - способность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра (ПК-6).
4.	<p>Разбор клинических наблюдений. «На приеме у врача-терапевта участкового»: коморбидный пациент с неврологическими проявлениями дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника, гипертонической болезнью, ИБС, язвенной болезнью желудка.</p> <p>«На приеме у врача-терапевта участкового»: пациент с полинейро-</p>	<p>Ролевые игры, демонстрации клинических наблюдений и разбор ситуационных задач: коморбидный пациент с неспецифической болью в спине, гипертонической болезнью, ИБС, язвенной болезнью желудка.</p> <p>Хронический болевой синдром, неврологические проявления дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника - методы диагностики, направления терапии.</p> <p>Ролевые игры, демонстрации клинических наблюдений и разбор ситуационных задач: пациент с жалобами на</p>	<ul style="list-style-type: none"> - способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (ОК-1); - готовность к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала (ОК-5); - готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и с учетом основных требований информационной безопасности (ОПК-1); - способность к оценке морфо-функциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач на основе лабораторных данных, отражающих объективные характеристики состоянии органов и систем, а также интегральные пара-метры состояния здоровья (ОПК-9); - способность к проведению диспансеризации на основе выявления, прежде всего, доклинических признаков патологии путем валидации лабораторных симптомов и синдромов (ПК-2). - готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов

патией.		боль и онемение стоп: алгоритм обследования, показания для госпитализации (диабетическая полинейропатия (ПНП); ХВДП, ОВДП, алкогольная ПНП, инфекционные ПНП, паранеопластические ПНП).	осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания (ПК-5); - способность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра (ПК-6).
---------	--	---	---

6. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы

6.1. Основная литература:

1. Кишкун А.А. Клиническая лабораторная диагностика: учебное пособие. ГЭОТАР-Медиа, 2015, 976 с. (консультант студента).
2. Никифоров А.С., Гусев Е.И. «Общая неврология»: ГЭОТАР-Медиа, 2013, (консультант студента).
3. Эмануэль Ю.В., Андреев В.В. «Интерпретация результатов лабораторных исследований при дислипидемии» учебно-методическое пособие, 59 с.: прил., табл. (академик НТ)
4. Аутоиммунные заболевания: диагностика и принципы терапии [Электронный ресурс]: учеб. пособие / И.А. Новикова, С.А. Ходулева - Минск : Выш. шк., 2017.
5. Топическая диагностика заболеваний нервной системы: руководство для врачей. - 8-е изд., перераб. и доп. - СПб.: Политехника, 2012. - 623 с: ил. (консультант студента).
6. Туннельные компрессионно-ишемические моно- и мультиневропатии : руководство / А. А. Скоромец, Д. Г. Герман, М. В. Ирецкая, Л. Л. Брандман. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 376 с. : ил (консультант студента).

6.2. Дополнительная литература:

1. Скоромец А.А. и др. «Нервные болезни: учебное пособие», — Москва: Медпресс–информ 2007, 551с.:ил., таб. — 104 экз
2. Долгов В.В., Эмануэль В.Л., Ройтман А.П. «Лабораторная диагностика нарушений водно-электролитного обмена». Учебное пособие. – М.-СПб.: ООО «Издательство «Триада», 2014. – 104с.:ил. – 15 экз.
3. Сколиозы, нарушения осанки и дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника : рекомендации для 5 курса лечеб. фак. и фак. спорт. медицины / Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова, каф. травматологии и ортопедии ; [сост.: В. П. Москалев, К. Г. Редько, В. Н. Хрулев и др.; ред. Н. В. Корнилов]. - СПб. : Изд-во СПбГМУ, 2005. - 24 с. 251 экз.
4. Миофасциальный болевой синдром: руководство. Рачин А.П., Якунин К.А., Демешко А.В. 2011. - 120 с.: ил. (Серия "Библиотека врача-специалиста") (консультант студента).
5. Неврологические осложнения остеохондроза позвоночника / А. С. Никифоров, Г. Н. Авакян, О. И. Мендель. - 2-е изд. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 272 с. (консультант студента).
6. Боль в спине / Е. В. Подчуфарова, Н. Н. Яхно. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 368 с. : ил. - (Серия "Библиотека врача-специалиста") (консультант студента).

7. Эмануэль Ю.В., Эмануэль Т.С. Под ред. Волосниковой Т.В. и Потапчук А.А. «РазБег – РАЗВИТИЕ БЕЗ ГРАНИЦ: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ». Пособие - СПб.: Коста, 2014. - 88 с. – 25 экз.

7. Фонд оценочных средств для проведения аттестации обучающихся.

7.1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и количества академических часов для проведения занятий практического типа по темам (разделам)

«МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: ВЗГЛЯД НЕВРОЛОГА И ЛАБОРАТОРИИ. ПРАКТИКУМ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ: НАВЫКИ ЭФФЕКТИВНОГО СОБЕСЕДОВАНИЯ С ПОТЕНЦИАЛЬНЫМИ РАБОТОДАТЕЛЯМИ»

7.

№ п/п	Контролируемые темы (разделы) дисциплины	Код компетенции по этапам формирования в темах (разделах)	Наименование оценочного средства, академические часы
1	Тема (раздел) 1 Лабораторная диагностика параметров гомеостаза у амбулаторных пациентов. Методы лабораторной диагностики гормонального статуса у амбулаторных пациентов.	ОК - 1, 5. ОПК – 1, 9. ПК- 2, 5.	Собеседование 0,3 Проверка ситуационных задач - 0,3 Тест (первый этап зачета) Всего за тему 0,6 акад.ч. за 1 уч. день.
2	Тема (раздел) 2 Лабораторные методы в месте лечения. Лабораторная диагностика аутоиммунных заболеваний.	ОК - 1, 5. ОПК – 1, 9. ПК- 2, 5.	Собеседование 0,5 Проверка ситуационных задач - 1.0 Тест (первый этап зачета) Всего за тему 1,5 акад.ч. за 1 уч. день.
3	Тема (раздел) 3 Технологии ведения портфолио, собеседования при трудоустройстве. Тестирование когнитивных функций в амбулаторной практике. Разбор клинических наблюдений. «На приеме у врача-терапевта участкового»: пациент с нарушениями когнитивных функций.	ОК - 1, 5. ОПК – 1, 9. ПК- 2, 5, 6.	Собеседование 0,5 Проверка ситуационных задач - 1.0 Кейс-задание – 0,5 Всего за тему 2.0 акад.ч. за 1 уч. день.
4	Тема (раздел) 4 Разбор клинических наблюдений. «На приеме у врача-терапевта участкового»: коморбидный пациент с неврологическими проявлениями дегенеративно-	ОК - 1, 5. ОПК – 1, 9. ПК- 2, 5, 6.	Собеседование 0,3 Проверка ситуационных задач – 1.0 Тест (первый этап зачета)

	<p>дистрофических заболеваний позвоночника, гипертонической болезнью, ИБС, язвенной болезнью желудка.</p> <p>«На приеме у врача-терапевта участкового»: пациент с полинейропатией.</p>		<p>Всего за тему 1.3 акад.ч. за 1 уч. день.</p>
--	--	--	---

7.2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

7.2.1. Схема аттестации студентов по дисциплине

№ п/п	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания (шкалы: 0–100%, четырёхбалльная, тахометрическая)
1	<p>Первая часть зачета.</p> <p>Система стандартизированных заданий (тестов) в системе academic NT (аттестационное испытание промежуточной аттестации с использованием тестовых систем и заданий, определяющих уровень теоретических знаний).</p>	<p>Набор стандартизированных заданий (тестов): всего три теста, которые оцениваются отдельно.</p> <p>По неврологии 1 тест.</p> <p>По лабораторной диагностике 2 теста (базовый и итоговый)</p>	<p>Шкала оценивания электронного тестирования:</p> <p>от 0 до 69,9 % – 0 баллов, неудовлетворительно;</p> <p>от 70 до 79,9% – 6 баллов, удовлетворительно;</p> <p>от 80 до 89,9% –8 баллов, хорошо;</p> <p>от 90 до 100% –10 баллов, отлично;</p> <p>всего три теста: 18-30 баллов, зачтено.</p>
2	<p>Вторая часть зачета.</p> <p>Выполнение обучающимися практико-ориентированных заданий (аттестационное испытание промежуточной аттестации, проводимое устно).</p>	<p>Решение ситуационной задачи.</p> <p>Демонстрация практического навыка, умения.</p> <p>Задания для зачета сформированные в билет.</p>	<p><i>Критерии оценивания 8 - 10 баллов:</i> выявленная проблема полностью соответствует условиям, обозначенным в задаче; студент определил все данные, необходимые для решения задачи, в случае их недостаточности осуществил самостоятельный поиск информации; этапы решения задачи последовательны, нет ошибок в решении; предложены несколько способов решения, но выбран наиболее рациональный, что аргументировано студентом; ответ полный и правильный;</p> <p><i>5-7 баллов:</i> проблема, обозначенная в задаче, выявлена,</p>

№ п/п	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания (шкалы: 0–100%, четырёхбалльная, тахометрическая)
			<p>но не в полной мере соответствует условиям, представленным в задаче; студент использует все данные, которые приведены в содержании задачи, но в случае их недостаточности не осуществил поиск необходимой информации; предложен один способ решения, выбор аргументирован; этапы решения задачи последовательны, но допущены ошибки в решении; ответ правильный, но не полный; 2-4 баллов: проблема, обозначенная в задаче, выявлена, но не в полной мере, не соответствует условиям, представленным в задаче; студент использует не все данные, которые приведены в содержании задачи, и не осуществил поиск необходимой информации; предложен один способ решения, выбор не аргументирован; этапы решения задачи не последовательны, допущены ошибки в решении; ответ правильный, но не полный; 0 баллов: проблема выявлена неверно; данных, необходимых для решения задачи, недостаточно; последовательность этапов и путь решения задачи неверный; не предлагается способа решения задачи; ответ неправильный или не точный.</p> <p>Баллы выставляются в соответствии с БРС.</p>
3	Итоговый рейтинг	Итоговая оценка за зачет выставляется преподавателем в совокупности на основе оценивания результатов электронного тестирования обучающихся (оценки теоретических знаний) и выполнения ими практико-ориентированной части зачета.	Итоговая оценка, как рейтинг видов образовательной деятельности обучающихся по направлениям подготовки 06.01.01 Лечебное дело по дисциплине «ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: ВЗГЛЯД НЕВРОЛОГА И ЛАБОРАТОРИИ. ПРАКТИКУМ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ: РАЗРАБОТКА

№ п/п	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания (шкалы: 0–100%, четырёхбалльная, тахометрическая)
		ПРЕЗЕНТАЦИОННЫХ ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ РАБОТОДАТЕЛЕЙ», представлен в Приложении 1.	

7.2.2. Схема проведения промежуточной аттестации по дисциплине.

«МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: ВЗГЛЯД НЕВРОЛОГА И ЛАБОРАТОРИИ. ПРАКТИКУМ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ: НАВЫКИ ЭФФЕКТИВНОГО СОБЕСЕДОВАНИЯ С ПОТЕНЦИАЛЬНЫМИ РАБОТОДАТЕЛЯМИ»

Ориентировочная схема проведения промежуточной аттестации (зачета) по дисциплине		
N п/п	Вид задания	Баллов по БРС
1	Тестовое задание (три теста по 10 баллов)	0-30 баллов
2	Выполнение практического задания – решение ситуационной задачи.	0-10 баллов
3	Баллов за промежуточную аттестацию	0-40 баллов

7.3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности, характеризующих этапы формирования знаний, умений, навыков и опыта деятельности.

7.3.1. Вопросы для подготовки к собеседованию.

ТЕМА 1. Лабораторная диагностика параметров гомеостаза у амбулаторных пациентов.

Методы лабораторной диагностики гормонального статуса у амбулаторных пациентов.

- Гипокалиоemia в клинической практике.
- Лабораторные методы исследования мочи: микроскопия, методы сухой химии.
- Диагностическая информативность и специфичность определения уровня креатинина в крови.
- Диагностическая информативность и специфичность определения уровня цистатина С в крови.
- Диагностическая информативность и специфичность определения клиренса креатинина.
- Диагностическая информативность и специфичность определения скорости клубочковой фильтрации расчетными методами.
- Клиническая оценка концентрационной функции почки.
- Клиническая оценка инкреторной функции почки.
- Лабораторный контроль гомеостаза при гемодиализе.
- Лабораторный контроль гомеостаза при атеросклерозе.
- Лабораторные методы оценки эндокринного статуса у пациентов с патологией щитовидной железы: субстрат для исследования, правила преаналитического этапа, интерпретация.
- Лабораторные методы оценки эндокринного статуса у пациентов с патологией надпочечников: субстрат для исследования, правила преаналитического этапа, интерпретация.
- Лабораторные методы оценки эндокринного статуса у пациентов с патологией половых желез: субстрат для исследования, правила преаналитического этапа, интерпретация.

ТЕМА 2. Лабораторные методы в месте лечения. Лабораторная диагностика аутоиммунных заболеваний.

- Определение уровня глюкозы крови, приборами, применяемые для диагностики «в месте лечения»: клиническая информативность.
- Определение уровня тропонина крови, приборами, применяемые для диагностики «в месте лечения»: клиническая информативность.
- Определение уровня холестерина крови, приборами, применяемые для диагностики «в месте лечения»: клиническая информативность.
- Определение уровня лактата крови, приборами, применяемые для диагностики «в месте лечения»: клиническая информативность.
- Определение кислотно-основного состояния крови, приборами, применяемые для диагностики «в месте лечения»: клиническая информативность.
- Диагностика аутоиммунного артрита: проблема ложноположительных и ложноотрицательных результатов при обследовании пациентов.
- Диагностика системной красной волчанки: проблема ложноположительных и ложноотрицательных результатов при обследовании пациентов.
- Диагностика болезни Крона: проблема ложноположительных и ложноотрицательных результатов при обследовании пациентов.
- Диагностика целиакии: проблема ложноположительных и ложноотрицательных результатов при обследовании пациентов.
- Диагностика васкулитов: проблема ложноположительных и ложноотрицательных результатов при обследовании пациентов.

ТЕМА 3. Технологии ведения портфолио, собеседования при трудоустройстве. Тестирование когнитивных функций в амбулаторной практике.

Разбор клинических наблюдений.

«На приеме у врача-терапевта участкового»: пациент с нарушениями когнитивных функций.

- Понятие и назначение портфолио.
- Структурные элементы, особенности ведения портфолио.
- Тесты оценки когнитивных функций, применяемые в клинике: шкала ММСЕ.
- Тесты оценки когнитивных функций, применяемые в клинике: Монреальская шкала оценки когнитивных функций.
- Тесты оценки когнитивных функций, применяемые в клинике: тест рисования часов.
- Тесты оценки когнитивных функций, применяемые в клинике: батарея лобных тестов.
- Диагностика дисметаболических причин нарушений когнитивных функций.
- Сбор анамнеза, осмотр и дополнительная диагностика у пациент с предположительным диагнозом болезнь Альцгеймера.
- Сбор анамнеза, осмотр и дополнительная диагностика у пациент с предположительным диагнозом лобно-височная деменция.
- Сбор анамнеза, осмотр и дополнительная диагностика у пациент с предположительным диагнозом деменция с тельцами Леви.
- Сбор анамнеза, осмотр и дополнительная диагностика у пациент с предположительным диагнозом сосудистая деменцией.
- Выявление пациентов с умеренными когнитивными расстройствами.
- Выявление пациентов с субъективными когнитивными расстройствами.
- Подходы терапии и мониторинг лечения у пациента с деменцией.
- Подходы терапии и мониторинг лечения у пациента с умеренными когнитивными нарушениями.

Тема 4 Разбор клинических наблюдений

«На приеме у врача-терапевта участкового»: коморбидный пациент с неврологическими проявлениями дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника, гипертонической болезнью, ИБС, язвенной болезнью желудка.

«На приеме у врача-терапевта участкового»: пациент с полинейропатией.

- Неврологические проявления дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника: методы диагностики, направления терапии.
- Комплексный подход к ведению пациентов с метаболическим синдромом, ИБС, гипертонической болезнью и болями в спине.
- Особенности диагностики и лечения болевого синдрома в области шеи у молодого пациента.
- Профилактика осложнений течения болевого синдрома на уровне шейного отдела позвоночника на фоне дисплазии соединительной ткани.
- Воспалительный характер боли в спине.
- Выбор и длительность назначения НПВП при неспецифической боли в спине у молодого пациента без коморбидной патологии.
- Выбор и длительность назначения НПВП при неспецифической боли в спине у пожилого пациента с сердечно-сосудистой патологией.
- Выбор и длительность назначения НПВП при неспецифической боли в спине у пожилого пациента с патологией желудочно-кишечного тракта.
- Выбор и длительность назначения НПВП при неспецифической боли в спине у молодого пациента с болезнью Крона.
- Пациент с жалобами на боль и онемение стоп: алгоритм обследования, показания для госпитализации.
- Принципы диагностики, подходы терапии и мониторинг лечения пациентов с диабетической полинейропатией.
- Принципы диагностики, подходы терапии и мониторинг лечения пациентов с ХВДП.
- Принципы диагностики, подходы терапии и мониторинг лечения пациентов с ОВДП.
- Принципы диагностики, подходы терапии и мониторинг лечения пациентов с алкогольной полинейропатией.
- Принципы диагностики, подходы терапии и мониторинг лечения пациентов с инфекционными полинейропатиями.
- Принципы диагностики, подходы терапии и мониторинг лечения пациентов с паранеопластической полинейропатией.
- Пациент с подозрением на транстриетиновую полинейропатию: как заподозрить диагноз, маршрутизация пациента.

7.3.2. Кейс-задания.

1. Составить собственное портфолио.
2. Составить список вакансий по предполагаемой специальности.
3. Составить список сайтов, на которых отражены вакансии по предполагаемой специальности.
4. Сделать интеллект-карту по выбранной теме.

Практикоориентированные задания готовятся студентами на основе пройденного на занятии материала с использованием основной и дополнительной учебной литературы, научной периодической литературы и по результатам поиска в ресурсах интернета. Работы представляются и обсуждаются на занятии.

7.3.3. Тесты

Тестирование в системе academic NT

Базовый тест (тема 1-2).

№1

К скрининговым тестам для выявления системных заболеваний соединительно ткани относятся:

- А. АНФ (антинуклеарный фактор), ЭНА (АТ к экстрагируемым ядерным антигенам)
- Б. АТ к двуспиральной ДНК
- В. иммуноблот антинуклеарных АТ
- Г. ЭНА (АТ к экстрагируемым ядерным антигенам), АТ к двуспиральной ДНК

№2

Алкогольный цирроз печени НЕ проявляется:

- А. повышением активности трансаминаз
- Б. увеличением активности гамма-глутамилтранспептидазы
- В. увеличением иммуноглобулина А
- Г. увеличением уровня С-пептида
- Д. снижением уровня холестерина

№3

Для диагностики тиреотоксикоза первостепенное значение имеет определение в крови концентрации:

- А. общего Т4 и свободного Т4
- Б. свободного Т4 и свободного Т3
- В. свободного Т3 и ТТГ
- Г. ТТГ и свободного Т4
- Д. ТТГ и антитела к пероксидазе тиреоцитов

№4

Наибольшей информативностью на наличие аутоиммунного процесса в щитовидной железе является определение:

- А. антител к тиреоглобулину
- Б. антител к микросомальной фракции
- В. иммуноглобулинов
- Г. антител ко второму коллоидному антигену

№5

Наибольшая удельная активность АЛТ обнаруживается в клетках:

- А. миокарда
- Б. печени
- В. скелетных мышц
- Г. почек
- Д. поджелудочной железы

№6

Обнаруживается повышение в течении до 2 недель после приступа острого панкреатита

- А. амилазы крови
- Б. ЩФ
- В. амилазы мочи

№ 7

Для уточнения диагноза болезни Крона необходимо определить:

- А. АТ к *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) IgG, АТ к экзокринной части поджелудочной железы

Б. АТ к бокаловидным клеткам кишечника, АТ к цитоплазме нейтрофилов (АНЦА) с описанием 2-х типов свечения IgG

№8

Ложноположительный ответ уровня альфа-1-антитрипсина может наблюдаться:

- А. на фоне высокого уровня ревматоидного фактора
- Б. на фоне высоко уровня холестерина
- В. на фоне низкого уровня ревматоидного фактора
- Г. на фоне низкого уровня холестерина

№9

Гипотиреозному статусу свойственно:

- А. повышение уровня ТТГ, снижение уровня своб. Т4
- Б. повышение уровня ТТГ, повышение уровня своб. Т4
- В. повышение уровня своб. Т3
- Г. повышение уровня АТ к рецептору тиреотропного гормона.

№10

К скрининговым тестам для выявления системных заболеваний соединительно ткани относятся:

- А. АНФ (антинуклеарный фактор), ЭНА (АТ к экстрагируемым ядерным антигенам)
- Б. АТ к двуспиральной ДНК
- В. иммуоблот антинуклеарных АТ
- Г. ЭНА (АТ к экстрагируемым ядерным антигенам), АТ к двуспиральной ДНК

Итоговый тест (тема 1-2)

№1

Гормональному статусу женщины в постменопаузальном периоде относительно репродуктивного периода НЕ свойственно:

- А. высокие значения ФСГ
- Б. повышение уровня прогестерона, низкие значения ЛГ
- В. снижение уровня эстрогена
- Г. низкие значения ЛГ, снижение уровня эстрогена.

№2

При протеинурии в моче НЕ могут появляться:

- А. альбумины
- Б. бета-глобулины
- В. трансферрин
- Г. гамма-глобулины
- Д. альфа 2 макроглобулин

№3

Физиологическая протеинурия имеет место:

- А. при липоидном нефрозе
- Б. при пиелонефрите
- В. при диабетической нефропатии
- Г. после перегревания или переохлаждения
- Д. при парапротеинемии

№4

В осадке мочи нейтрофильные гранулоциты преобладают при:

- А. инфекционных заболеваниях почек
- Б. неинфекционных заболеваниях почек
- В. опухолях почек
- Г. мочекаменной болезни

Д. всех перечисленных заболеваний
Верно: 36-А

№5

Жировые цилиндры встречаются при:

- А. остром нефрите
- Б. почечном кровотечении
- В. амилоидозе почки
- Г. пиелонефрите
- Д. липоидном нефрозе

№6

Какой онкомаркер используется для мониторинга рака яичников?

- А. СА - 199
- Б. СА - 125
- В. СА - 153
- Г. СА – 724

№7

- К скрининговым тестам для выявления системных заболеваний соединительно ткани относятся:

- А. АНФ (антинуклеарный фактор), ЭНА (АТ к экстрагируемым ядерным антигенам)
- Б. АТ к двуспиральной ДНК
- В. иммуноблот антинуклеарных АТ
- Г. ЭНА (АТ к экстрагируемым ядерным антигенам), АТ к двуспиральной ДНК

№ 8

Курение перед взятием крови на исследование может изменить на 10% следующий показатель крови:

- А. мочевины
- Б. количество эритроцитов
- В. фибриноген
- Г. билирубин

№ 9

При взятии крови с цитратом для исследования свертывающей системы НЕ рекомендуется:

- А. Пробирку с цитратом брать первой на исследование
- Б хранить кровь при комнатной температуре
- Г. накладывать жгут не более, чем на 1 мин
- Д. кровь с цитратом перемешивать

№ 10

Тромбоцитопатия сопровождается:

- А. удлинением времени кровотечения
- Б. удлинением времени свертывания
- В. нарушением образования протромбиназы
- Г. К-авитаминозом

Тест по теме 3-4

№1

Укажите, какие клинические признаки характеризуют поражение мозжечка, полезные лабораторные тесты:

А. Статическая атаксия, Дисметрия, Динамическая атаксия, Астазия, абазия, Скандированная речь, Атактическая походка, Интенционный тремор, Макрография, уровень церулоплазмина
Б. Статическая атаксия, Дисметрия, Динамическая атаксия, Скандированная речь, Атактическая походка, Интенционный тремор, Макрография, уровень церулоплазмина
В. Статическая атаксия, Дисметрия, Динамическая атаксия, Астазия, абазия, Скандированная речь, Атактическая походка, Интенционный тремор, агевзия, батистезия, уровень гаптоглобина.

№2

Больная 40 лет жалуется на снижение памяти, трудность усвоения нового материала, сонливость, запоры. При объективном исследовании обнаружено увеличение щитовидной железы и заподозрен первичный гипотиреоз. Для подтверждения данного диагноза наиболее информативно:

- А. определение тиреоглобулина
- Б. определение уровня ТТГ
- В. определение уровня Ca^{2+} в крови
- Г. определение общего Т3
- Д. Определение свободного Т3

№3

Назовите признаки, характеризующие моторную афазию:

- А. может говорить, но не понимает обращенную и собственную речь
- Б. понимает обращенную речь, но не говорит
- В. нарушено понимание сложных логико-грамматических структур
- Г. забывает название имен существительных, но знает их функциональное назначение

№4

Назовите признаки, характеризующие сенсорную афазию:

- А. может произносить слова, но не понимает обращенную и собственную речь
- Б. понимает обращенную речь, но не говорит
- В. нарушено понимание сложных логико-грамматических структур
- Г. забывает название имен существительных, но знает их функциональное назначение

№5

Какие клинические синдромы входят в клинический синдромокомплекс энцефалитов:

- А. общеинфекционный, очаговый, менингеальный, общемозговой
- Б. общеинфекционный, очаговый, общемозговой

№6

У больного дизурия. Где локализуются центры регуляции произвольного мочеиспускания и дефекации, какие исследования кроме общего анализа мочи можно рекомендовать:

- А. боковые рога спинного мозга на уровне L1-L3, S2-S4, цистатин С в крови и моче
- Б. верхняя теменная доля, орозумукойд в крови
- В. передняя центральная извилина, парацентральная доля, цистатин С в крови и моче, расчет скорости клубочковой фильтрации.

№7

Какие типы нарушения функции тазовых органов относятся к центральному:

- А. парадоксальная ишурия, истинное недержание мочи, энурез

Б. императивные позывы на мочеиспускание, периодическое рефлекторное недержание мочи, задержка мочи

№8

У больного снижена сила в левых конечностях, с повышением мышечного тонуса и глубоких рефлексов, патологическими стопными рефлексам, пониженными брюшными рефлексам, с периодическими судорожными подергиваниями в руке с одноименной стороны, без нарушения сознания. Где локализуется патологический очаг, назовите клинические синдромы:

А. верхняя и средняя треть передней центральной извилины справа, центральный гемипарез, простые парциальные моторные припадки

Б. верхняя и средняя треть передней центральной извилины слева, центральный гемипарез, простые парциальные моторные припадки

В. верхняя и средняя треть передней центральной извилины справа, центральный гемипарез, сложные парциальные моторные припадки

№9

После подъема тяжести во время ремонта своей квартиры у мужчины 38 лет появилась резкая боль в поясничном отделе с иррадиацией по заднелатеральной поверхности левой ноги, снижение чувствительности по заднелатеральной поверхности бедра и голени. В связи с сохранением боли в течение недели, был вынужден обратиться к врачу. При осмотре: дефанс мышц спины больше справа, ахиллов рефлекс слева угнетен, резкая боль в поясничном отделе при кашле, положительный симптом Лассега слева с угла 30°, гипестезия по заднелатеральной поверхности бедра и голени. Синдромальный и клинический диагноз:

А. Остеохондроз позвоночника, радикулит

Б. ДДЗП ? (требуется инструментальное исследование), люмбалгия, радикулоишемия S1 слева, симптомы натяжения, миотонический синдром

В. ДДЗП ? (требуется инструментальное исследование), люмбалгия, радикулоишемия С4-5 слева, симптомы натяжения, миотонический синдром

№10

На станции метро, молодой человек 20-ти лет внезапно почувствовал себя плохо, схватился за голову и упал. Приехавший врач скорой помощи обнаружил пациента без сознания и определил положительные менингеальные симптомы. Девушка молодого человека сказала, что раньше он был абсолютно здоров и никогда ни на что не жаловался. Наиболее вероятный диагноз:

А. эпилептический приступ

Б. САК

7.3.4. Ситуационные задачи (клинические наблюдения)

Тема № 1

Задача 1.1.

Больной С., 47 лет, поступил в неврологическое отделение с жалобами на общую слабость и головную боль в затылочной области. Доставлен бригадой скорой медицинской помощи (БСМП) с работы, где днем внезапно возникла острая и очень интенсивная боль в левой половине затылка, которую больной описывает как «ощущение вбитого гвоздя». Через несколько минут присоединилось головокружение системного характера с ощущением вращения предметов, чувством падения влево. Когда сослуживцы поднесли больному стакан воды, он обнаружил, что не в состоянии проглотить. Такое состояние длилось

около 10 мин. БСМП зарегистрировала повышение АД до 180/110 мм. рт. ст., впервые в жизни.

Течение заболевания

Неврологический статус. Сознание ясное, менингеальных и очаговых неврологических симптомов не выявлялось. В соматическом статусе отмечено наличие ожирения 1 ст., при пальпации сонных и лучевых артерий пульсация симметричная и ритмичная, 88 уд. в мин., АД на правой и левой руках 180/100 мм. рт. ст. Печень незначительно увеличена и выступает на 1 см из-под края реберной дуги. Другие органы и системы – без патологии.

В последующие несколько дней сохранялась головная боль в затылочной области слева, однако не столь интенсивная, как в дебюте заболевания. АД стабилизировалось на уровне 120-130/80 мм рт. ст. Пациенту назначены антиагреганты, гипотензивные препараты.

Через три дня состояние больного резко ухудшилось: возникли онемение в левой половине лица, системное головокружение с ощущением движения собственного тела, нарушение глотания до степени афагии, изменение голоса, а также онемение правой половины тела. При осмотре зарегистрирован подъем АД до 160/90 мм рт. ст. В неврологическом статусе отмечались синдром Горнера слева, горизонтальный среднеамплитудный нистагм при взгляде влево, дисфония, грубая дисфагия с парезом небной занавески и снижением глоточного рефлекса слева, болевая и температурная гипестезия левой половины лица и справа на конечностях, дисметрия и легкий интенционный тремор в левой руке.

На следующий день головокружение и нарушение глотания регрессировали. Больной обратил внимание на двоение по вертикали при взгляде вдаль (двоились верхние этажи дома, который он видел из окна). При закрытии одного глаза двоение исчезало. Однако, ограничений движений глазных яблок при неврологическом осмотре выявлено не было. В течение всех последующих дней сохранялись чувствительные расстройства в виде поверхностной гипестезии левой половины лица и альтернирующей гемигипестезии, синдром Горнера и головная боль в затылочной области слева, которая постепенно уменьшалась по интенсивности. Кроме этого, периодически отмечались головные боли сжимающего характера в лобно-височных областях небольшой интенсивности, которые и раньше иногда беспокоили больного.

Была проведена МРТ головного мозга, при которой выявлены несколько очагов повышенной интенсивности МР-сигнала в T2 и пониженной – в T1 режиме, локализованные в нижних отделах левого полушария мозжечка, которые были расценены как очаги инфарктов мозга. В области продолговатого мозга очаговых изменений не выявлено.

Анамнез жизни

Родился вторым ребенком в семье служащих. Рос и развивался нормально. Окончил институт, работал инженером. В период учебы в институте занимался спортом. Хронические заболевания отрицает, АД измерял эпизодически, оно было всегда в пределах нормальных показателей. Показатели сахара крови исследовались несколько раз за последние годы, при этом уровень глюкозы крови всегда был в пределах нормы. ЧМТ, травмы шеи в течение последних нескольких месяцев отрицает.

Вредные привычки: курить бросил 10 лет назад, до этого курил в течение 15 лет. Выпивает ежедневно вечером в пределах 100-200 мл водки в течение последних 5 лет. Ранее употреблял алкоголь реже, но в больших количествах.

Обследования

Анализ крови общий – Hb – 153г/л, лейкоциты – 6,7, п/я – 1, с/я – 72%, м-3, э-1,л/ф-21, СОЭ-5 мм/ч.

Биохимический анализ крови – об. белок -8,5 г/дл, мочевины – 11,2ммоль/л, холестерин – 4,6 ммоль/л, креатинин – 135 мкмоль/л, об.билирубин – 14 мкмоль/л, пр.билирубин – 1 мкмоль/л, АЛТ –15 ед/л, АСТ – 23ед/л, ЛДГ –315,ед/л, КФК – 69 ед/л, глюкоза – 5,3, тимоловая проба –1,0.

Коагулограмма – АЧТВ-37", фибриноген – 4,4г/л, ФАК - 200 ‘, Тр.вр.-14", протр.вр. – 15,1"-101%.

Общий анализ мочи – плотность 1017, лейкоциты – 1-2 в п/зр.

RW, HBsAg, ВИЧ – отрицат.

ЭЭГ – признаки негрубой дисфункции срединных структур головного мозга.

Триплексное сканирование МАГ на шее - ОСА, ВСА, НСА, ПА, визуализированы, проходимы. Комплекс интим-медиа 1,6 мм. Параметры кровотока в пределах нормы.

Асимметрии кровотока не выявлено.

ЭКГ—синусовый ритм (ЧСС 74). нормальное положение ЭОС. Гипертрофия левого желудочка.

Рентгенография органов грудной полости – легочные поля прозрачны. Корни уплотнены, тяжисты. Бронхо-легочный рисунок умеренно усилен. Синусы свободны. Сердце и аорта без особенностей.

Окулист – оптические среды прозрачные. ДЗН обычной окраски, границы четкие. Артерии узкие, вены полнокровные, сосуды извиты. Пресбиопия.

Таким образом, у больного были выявлены следующие неврологические синдромы: синдром Горнера слева; синдром чувствительных расстройств в виде альтернирующей гемигипестезии болевой и температурной чувствительности; бульбарный синдром; левосторонняя мозжечковая атаксия; вестибулярная атаксия; глазодвигательные расстройства с элементами межъядерной офтальмоплегии.

На основании жалоб, данных анамнеза и неврологического статуса поставлен диагноз: Ишемический инсульт в вертебрально-базилярной системе. Синдром Валленберга-Захарченко.

Тема № 2

Задача 2.1.

Больная У. 24 лет, фельдшер, была направлена в стационар с жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа. Также отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос.

Из анамнеза: считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию. С лета настоящего года после гиперинсоляции (отдыхала на юге) и перегревания появились эритематозные высыпания на шее, руках. Через две недели после возвращения домой отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр. По месту жительства выставлен диагноз ОРЗ, проводилась терапия антибактериальными препаратами без эффекта. При дополнительном обследовании выявлен белок в моче. Направлена в стационар.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отёки до нижней трети голеней. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 92 ударов в 1 минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края рёберной дуги по срединно-ключичной линии. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный. Припухлость в области II, III пястно-фаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счет болей, хват кистей - 80%; деформаций нет.

Название/показатель	Значение	Ед. изм.	Референсные значения
---------------------	----------	----------	----------------------

Лейкоциты (WBC)	1.6	*10 ⁹ /л	5.00 - 9.00
Нейтрофилы (NE)	2.27	*10 ⁹ /л	2.00 - 5.50
Лимфоциты (LY)	1.6	*10 ⁹ /л	1.20 - 3.00
Моноциты (MO)	0.34	*10 ⁹ /л	0.10 - 0.60
Эозинофилы (EO)	0.09	*10 ⁹ /л	0.00 - 0.30
Базофилы (BA)	0.05	*10 ⁹ /л	0.00 - 0.10
Эритроциты (RBC)	3.6	*10 ¹² /л	3.9 - 5.0
Гемоглобин (HGB)	86	г/л	120 - 160
Гематокрит (HTC)	47.1	%	36.0 - 48.0

Показатель	Результат	Единицы измерения	Референсные значения
Средний объем эритроцита (MCV)	90.0	фл	75.0 - 95.0
Средн. сод. гемоглобина в эр-те (MCH)	30.0	пг	24.0 - 34.0
Средн. конц. гемоглобина в эр-те (MCHC)	333	г/л	300 - 380
Степень анизоцитоза (RDW)	14.0	%	11.5-16.5
Тромбоциты (PLT)	100	*10 ⁹ /л	180 - 400
Средний объем тромбоцита (MPV)	8.38	фл	7.40 - 10.40
Нейтрофилы, % (NE%) (микроскопия)	53	%	47 - 72
Нейтрофилы: палочк. (микроскопия)	8	%	1 - 6
Нейтрофилы: сегмент. (микроскопия)	59	%	47 - 72
Лимфоциты, % (LY%) (микроскопия)	25	%	19 - 37
Моноциты, % (MO%) (микроскопия)	4	%	3 - 11
Эозинофилы, % (EO%) (микроскопия)	1	%	0 - 5
Базофилы, % (BA%) (микроскопия)	1	%	0 - 1
Бласты, % (микроскопия)	нет	%	0
Скорость оседания эритроцитов (СОЭ)	22	мм/час	муж.: 1-10 жен.: 2-15

Название/показатель	Значение	Ед.изм.	Референсные значения
Мочевина	8.8	ммоль/л	2.5 - 9.2
Креатинин	118	мкмоль/л	50 - 111
Общий белок	67	г/л	64.0 - 83.0
альбумины	45	%	55.8 - 66.1
α1	4	%	2.9 - 4.9
α2	15	%	7.1 - 11.8
β	9	%	7.9 - 13.7
γ	27	%	11.1 - 18.8
Фибриноген	6.3	г/л	1.80 - 3.50

Название/показатель	Значение	Ед.изм.	Референсные значения
Антитела к двуспиральной ДНК	> 200	Ед/мл	0 - 100

Цвет	жёлтый	-	от соломенно-желтого до желтого
Прозрачность	мутная	-	прозрачная
Удельный вес	1.022	-	1.003 - 1.030
Белок	0.560	г/л	менее 0.1
Глюкоза	отрицательно	ммоль/л	отрицательно
Билирубин	отрицательно	мкмоль/л	отрицательно
Уробилиноген	отрицательно	мкмоль/л	отрицательно
pH	4.8	-	5.0 - 7.5
Эритроциты	отрицательно	в п/зр	0 - 1
Кетоны	отрицательно	-	отрицательно
Нитриты	отрицательно	-	отрицательно
Лейкоциты	20-25	в п/зр	муж: 0-3; жен: 0-6
Эпителий	единичный в преп.	-	единичный в преп.
Цилиндры	отрицательно	-	отрицательно
Слизь	отрицательно	-	не обнаружено или следы
Бактерии	отрицательно	-	не обнаружено или следы

ВОПРОСЫ

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 6 месяцев регулярной терапии и соблюдения рекомендаций: эритроциты - $4,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 119 г/л, тромбоциты – $210 \times 10^9/л$, лейкоциты - $5,1 \times 10^9/л$, глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, общий холестерин – 4,9 ммоль/л, креатинин – 108 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕПІ) = 60,3 мл/мин; суточная потеря белка – 0,240 г/сут. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1) Предварительный диагноз:

Системная красная волчанка, подострое течение, высокой степени активности с поражением кожи (эритема, фотосенсибилизация), суставов (артралгии, артрит), почек (люпус-нефрит), крови (тромбоцитопения, анемия, лейкопения).

2) Обоснование диагноза:

Диагноз «системная красная волчанка (СКВ)» установлен на основании:

- жалоб больной на наличие эритематозной сыпи в области скул, лихорадки, суставного синдрома;
- данных анамнеза (пациентка отмечает аллергическую реакцию на инсоляцию в течение 2 лет).

Установление течения СКВ основано на:

- анамнезе заболевания (в дебюте конституциональные симптомы, неспецифическое поражение кожи и суставов, периодические обострения, развитие полиорганной симптоматики в течение 2 лет с момента появления первых симптомов).

Степень активности СКВ установлена на основании:

- наличия проявлений артрита, протеинурии (0,560 г/сут.);
- высыпаний на коже (эритематозная сыпь на скулах);
- алопеции (диффузное выпадение волос);
- повышенного содержания антител к двуспиральной ДНК (более 200 ЕД/мл);
- тромбоцитопении ($100 \times 10^9/л$);
- лейкопении ($1,6 \times 10^9/л$);

- поражения почек (протеинурия, снижение СКФ).

3) План дополнительного обследования:

1. УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени.
2. Решение вопроса о проведении нефробиопсии с целью определения люпус-нефрита. Рентгенография грудной клетки для исключения поражения лёгких.
3. ЭхоКГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции, исключить перикардит.
4. Анализ крови - иммунологический анализ крови с определением компонентов комплимента, гемостазиограмма.

4) Тактика лечения:

Глюкокортикостероиды короткого действия (Преднизолон или Метилпреднизолон) Данная группа препаратов наиболее эффективная для лечения СКВ. При высокой степени активности СКВ с целью достижения быстрого эффекта показана пульс-терапия (500-1000 мг Метилпреднизолона внутривенно-капельное в течение 3 дней).

Цитостатические иммунодепрессанты (Циклофосфан или Мопетиламикофенолат) назначаются больным СКВ при прогрессирующем течении, высокой активности, сопровождающимся поражением жизненно важных органов и систем. Цитостатики являются важнейшим компонентом лечения СКВ, особенно при угрожающем течении с поражением почек, ЦНС, генерализованном васкулите, альвеолите.

5) Дальнейшая тактика лечения:

Продолжение терапии глюкокортикостероидами без изменений, динамическое наблюдение.

При достижении улучшения, снижения активности болезни - доза ГК может быть медленно уменьшена (Преднизолон по 1/4 таблетки 7-10 дней) до поддерживающей, которая варьирует в зависимости от течения болезни, поражения того или иного органа или системы, риска развития обострения, коморбидных заболеваний и осложнений.

При длительном приеме ГК у больных необходимо контролировать и проводить профилактику остеопороза, сахарного диабета, атеросклероза, гиперлипидемии, артериальной гипертензии, поражения желудочно-кишечного тракта, катаракты, глаукомы.

Источники:

- 1) Российские клинические рекомендации. Ревматология / под ред. Е. Л. Насонова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 464 с.
- 2) 2016 Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению системной красной волчанки (Ассоциация ревматологов России).

Тема № 3

Задача 3.1.

Пациент К., 72 года, доставлен бригадой скорой медицинской помощи в неврологическое отделение. Жалоб активно не предъявляет, в силу снижения критики к своему состоянию.

Анамнез заболевания

Собран со слов жены. Известно, что утром, после сна, появились нечеткая речь и асимметрия лица. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи, которая зафиксировала эпизод фибрилляции предсердий. Со слов супруги, нарушение ритма сердца наблюдаются на протяжении 10 лет. Около 7 лет назад стала отмечаться одышка при незначительных физических нагрузках; при ходьбе на расстояние 100-500 м появились загрудинные боли. Тогда же выполнены протезирование аортального клапана и аорто-коронарное шунтирование. Регулярно принимает конкор, гипотиазид.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту. Окончив школу, учился в строительном техникуме, затем в институте. Работал инженером до выхода на пенсию. Со слов родственников, всегда был жизнерадостным, энергичным человеком. Выполняет всю

домашнюю работу по дому (готовит, убирает), активно проводит время с внуками. Каждый день, до настоящего заболевания, занимался на беговой дорожке. Любит гулять в парке, читать книги. Вредные привычки отрицает. Аллергоанамнез на отягощен.

Неврологический статус на момент поступления: В сознании. Отмечается снижение критики к своему состоянию. Самоидентификация не нарушена, присутствует дезориентирован в месте и времени. Менингеальных симптомов нет. Черепно-мозговая иннервация: центральный парез мимических мышц и мышц языка слева. Дизартрия. Симптомы орального автоматизма. Монопарез левой руки – 4 балла. Оживление глубоких рефлексов слева. Тонус не изменен. Симптом Россолимо верхний слева. Четких чувствительных расстройств нет. Динамические координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Походка изменена – по типу лобной апраксии ходьбы.

Динамика состояния пациента

1-е сутки в стационаре: состояние средней степени тяжести. Отмечается апатия, снижение эмоциональных реакций на происходящее вокруг. Пациент подолгу сидит в одной позе и смотрит в одну точку, на вопросы отвечает монотонно и односложно. Очаговая неврологическая симптоматика без динамики.

2-е сутки в стационаре: состояние тяжелое. Ночью у пациента возник эпизод психомоторного возбуждения с дезориентацией, тазовые функции не контролировал. Очаговая неврологическая симптоматика без динамики.

3-е сутки в стационаре: Состояние стабилизировалось. Очаговая неврологическая симптоматика на прежнем уровне – центральный парез мимических мышц и мышц языка слева, центральный парез левой руки до 4 баллов и дизартрия. Однако на первый план вышли выраженные когнитивные нарушения: снижение внимания, интереса, безынициативность, эмоциональная уплощенность.

Нейропсихологическое исследование:

Батарей тестов лобной дисфункции (FAB) – 8 баллов (беглость речи – 1балл, обобщенная речь – 3 балла, прямая и обратная реакция выбора – 1+1 балл, хватательный рефлекс – 2 балла), что соответствует выраженной лобной дисфункции. Отмечаются множественные perseverации.

КШОПС – 9 б (частично нарушена ориентировка в месте и времени, 2 ошибки в серийном счете, нарушения в рисунке). Дать пояснения

Символьно-цифровой тест: 9 соответствий за 120 секунд – 4 правильных, 5 ошибочных (N>35).

Тест рисования часов – выявляются зрительно-пространственные нарушения за счет невозможности планирования и контроля выполнения задач.

Гериатрическая шкала депрессии – 5 баллов (нет депрессии).

Шкала ситуативной тревожности Спилбергера – 11 баллов (низкая степень тревожности).

Шкала личностной тревожности Спилбергера – 22 балла (низкая степень тревожности).

Заключение нейропсихологического обследования

Пациент в ясном сознании, правильно ориентирован в месте и собственной личности. Во времени ориентирован не полностью из-за нарушений памяти. Критика к своему состоянию значительно снижена, жалоб к своему здоровью не предъявляет. Объективно выявляется:

В сфере памяти умеренно выраженные слухо-речевые нарушения, связанные с недостаточностью воспроизведения, и выраженные нарушения зрительной памяти.

Восприятие: выявляются выраженные нарушения зрительно-пространственного гнозиса и умеренные зрительно-предметного гнозиса, семантический и слуховой гнозис без видимой патологии.

Праксис: выявляются выраженные конструктивная апраксия и грубый распад программ действий в пробе на динамический праксис, который сопровождается упрощением программы с многочисленными perseverациями.

Речь без первичных дисфазических расстройств.

Управляющие функции: все психические процессы протекают в резко замедленном темпе, отмечаются многочисленные персеверации и импульсивность во всех пробах.

Таким образом, у пациента имеются выраженные когнитивные нарушения лобно-подкоркового характера.

Данные дополнительных методов обследования

Общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма в пределах нормы. Вставить конкретно

RW, ВИЧ, HBsAg - отрицательные.

ЭКГ: Ритм неправильный. ЧСС 86-150. Фибрилляция предсердий. Блокада ПВЛНПГ. Признаки гипертрофии левого желудочка. Снижение кровоснабжения по передне-боковой стенке.

Окулист: Выраженный ангиосклероз сетчатки, возрастная катаракта, пресбиопия.

ЭЭГ: Очаговые изменения в правой височной области на фоне выраженных диффузных нарушений электрической активности головного мозга.

ДСБЦА: Уплотнение КИМ. Стенозирующее атеросклеротическое поражение брахиоцефальных артерий (каротидных бифуркаций с переходом во внутренние сонные артерии: стенозы слева 35-55%, справа 35-40%. Скорость кровотока в норме.

КТ головного мозга: КТ-картина энцефалопатии с участками лейкоареоза, более выраженного слева, с большей распространенностью в теменной доле; с ишемическими очагами в области базальных ядер, больше справа. Смешанная гипотрофическая гидроцефалия заместительного характера. Обызвествление в базальных ядрах.

МР томография головного мозга: Постишемический очаг в правой височно-теменной области. Признаки сосудистой энцефалопатии. Выраженный перивентрикулярный субкортикальный лейкоареоз, преимущественно в области задних рогов. Расширение желудочков.

МР-ангиография: Патологических извитостей со стороны Виллизиева круга не выявлено.

Шкала Хачинского – 13 баллов, что соответствует сосудистой причине деменции: внезапное начало (2 балла), ступенеобразное течение (1 балл), наличие флюктуаций (0 баллов), ночная спутанность (1 балл), относительная сохранность личности (1 балл), депрессия (0 баллов), соматические жалобы (0 баллов), эмоциональная лабильность (0 баллов), артериальная гипертензия (в анамнезе) (1 балл), инсульт в анамнезе (2 балла), другие (соматические) признаки атеросклероза (1 балл), субъективная неврологическая симптоматика (2 балла), объективная неврологическая симптоматика (2 балла).

Таким образом, на основании жалоб, анамнеза, данных неврологического и нейропсихологического обследования можно выделить следующие клинические синдромы: центральный монопарез левой руки; центральные парез мимических мышц и мышц языка слева; деменция (выраженные когнитивные нарушения) лобно-подкоркового типа.

Клинический диагноз

Ишемический инфаркт головного мозга по кардиоэмболическому типу. Синдром правой средней мозговой артерии. Сосудистая деменция.

Фон: Гипертоническая болезнь III стадии 2 степени, риск-4. Атеросклероз сосудов головного мозга, сердца, аорты. ИБС: Постоянная форма фибрилляции предсердий. Протезирование аортального клапана и аорто-коронарное шунтирование в 2009г.

Тема № 4

Задача 4.1.

Пациентка 68 лет, предъявляет жалобы на остро развившиеся боли в поясничном отделе позвоночника, иррадиирующие по передней поверхности правого бедра, голени; легкую слабость в правой ноге – трудности при вставании с кресла, при подъеме по лестнице.

Из анамнеза известно, что вышеуказанные жалобы беспокоят около 2 мес., когда

появились боли в поясничной области, иррадиирующие по передней поверхности бедра, через 1,5 месяца стала отмечать трудности при вставании с кресла, трудности при подъеме по лестнице из-за слабости в правой ноге.

Отмечает частые запоры, сменяющиеся диареей. Функции тазовых органов контролирует.

Перенесенные заболевания: артериальная гипертензия около 10 лет, регулярно принимает гипотензивную терапию; сахарный диабет 2 типа, около 6 лет, средняя глюкоза крови натощак около 7-8 ммоль/л. Аллергоanamнез неотягощен.

Объективно при осмотре: состояние удовлетворительное. Гиперстенического телосложения. Рост -168 см, вес 85 кг. Кожные покровы обычной окраски.

Пастозность голеней, стоп. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Дыхание самостоятельное, ЧДД- 16 в мин. Одышки нет. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы. Хрипов нет.

Тоны сердца ритмичные. ЧСС 82 в мин. АД 150/85 мм. рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус

Сознание ясное, ориентировано в месте и времени, когнитивных нарушений нет. Менингеальные знаки не определяются.

Функция черепно-мозговых нервов не нарушена.

Отмечается проксимальный парез в правой ноге до 4 баллов, преимущественно выраженный в m. quadriceps femoris (разгибание голени).

Тонус не изменен. Глубокие рефлексы на ногах снижены, патологических знаков нет.

Чувствительные расстройства: боли, онемение, «ползание мурашек» по передней поверхности правого бедра.

Суставно-мышечное чувство сохранно.

Координаторные пробы выполняет хуже правой ногой из-за пареза.

В позе Ромберга устойчива.

Мануальное обследование: сглажен поясничный лордоз, пальпаторно отмечается напряжение паравертебральных мышц, ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника.

Проведенные обследования

Общий анализ крови и мочи без изменений.

В биохимическом анализе крови отмечается повышение уровня глюкозы крови до 8,4 ммоль/л.

ЭКГ— ритм синусовый, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

Дуплексное сканирование артерий и вен нижних конечностей – без патологии.

Вставить конкретно

МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника не выявила существенных изменений в исследуемой области.

Электронейромиография показала преимущественно аксональную нейропатию, снижение амплитуды М-ответа, при незначительном снижении скорости проведения

Таким образом, на основании жалоб пациента, клинической картины, данных неврологического осмотра и данных дополнительных методов обследования пациентке диагностирована асимметричная пояснично-крестцовая радикулопатия и диабетическая амиотрофия.

Лечение

Для диабетической амиотрофии характерно асимметричное поражение проксимальных отделов ног с развитием болей невропатического характера, слабости и атрофии мышц, негрубыми чувствительными расстройствами.

Помимо клинических проявлений пояснично-крестцовой плексопатии, включает повреждение пояснично-крестцовых корешков и периферических нервов.

Кроме того, описаны случаи вовлечения шейных нервных корешков, плечевого сплетения и периферических нервов верхней конечности.

Вовлечение рук встречается у трети больных и проявляется в виде мононевропатии локтевого и срединного нервов или плечевого сплетения.

Наиболее вероятной причиной диабетической амиотрофии и пояснично-крестцовой диабетической плексо-радикулопатии является ишемическое повреждение нервов и корешков в результате **несистемного микроваскулита**.

Диабетическая амиотрофия обычно возникает у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Дебютирует с острого болевого синдрома, как правило, асимметричного характера, наиболее часто выраженного в поясничной области, ягодицах, передней поверхности бедра, голени.

Сопровождается слабостью в проксимальных отделах ног, возможно сочетание с вегетативной недостаточностью и потерей веса.

Прогрессирование происходит в течение нескольких месяцев и сопровождается частичным выздоровления у большинства больных.

Однако, возможно присоединение слабости и развитие болевого синдрома во второй конечности, появление слабости в дистальных отделах ног.

Вегетативные симптомы представлены ортостатической гипотензией, недержанием мочи, запорами, диарей, тахикардией и нарушением половой функции.

Диагноз диабетической амиотрофии устанавливается на основании вышеописанной клинической картины у пациентов с установленным или недавно диагностированным сахарным диабетом.

Отмечено, что у таких пациентов отсутствуют признаки повреждения органов-мишеней, такие как ретинопатия и нефропатия.

Лабораторная диагностика (общий анализ крови, коагулограмма, СОЭ, глюкоза крови натощак, гликированный гемоглобин) и дополнительные методы исследования, в частности электронейромиография, игольчатая электромиография и нейровизуализация необходимы для исключения другой патологии.

При исследовании ликвора отмечается незначительное повышение белка (от 44 до 214 mg/dl).

При электронейромиографии наблюдается дегенерация аксонов, вовлечение пояснично-крестцовых корешков, пояснично-крестцового сплетения и периферических нервов; характерно снижение амплитуды комплекса мышечных и сенсорных потенциалов действия, при легком снижении скорости проведения.

Дифференциальный диагноз проводится:

- с вертеброгенной корешковой симптоматикой;
- с компрессией пояснично-крестцового сплетения;
- с объемным образованием;
- с ишемией мышц бедра, вследствие ангиопатии на фоне тяжелого течения сахарного диабета.

Для ишемии мышц бедра вследствие ангиопатии, возникающей при тяжелом СД: -

- характерны острые боли мышечного характера;
- характерен отек бедра;

- часто поражается четырехглавая мышца, отводящие мышцы и двуглавая мышца бедра;
- при ЭНМГ обнаруживается мышечный уровень поражения;
- типично повышение КФК.

При ведении пациентов с диабетической амиотрофией активно обсуждается вопрос иммуносупрессивной терапии (преднизолон, метилпреднизолон, иммуноглобулины, циклофосфамид), а также плазмаферез.

Однако обзор клинических исследований не показал эффективность иммуносупрессивной терапии, в связи с отсутствием рандомизированных клинических исследований.

Принципы ведения пациентов с диабетической амиотрофией основаны на междисциплинарном подходе. Необходимо ведение пациентов эндокринологами, для коррекции сахароснижающей терапии, нормализации уровня глюкозы.

В связи с наличием у пациента болевого синдрома, оправдано назначение препаратов для уменьшения нейропатической боли – применение антидепрессантов (применяются трициклические антидепрессанты или ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина), габапентина и прегабалина.

При остром болевом синдроме оправдано назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС), обезболивающих средств.

При наличии у пациента желудочно-кишечных заболеваний рекомендован прием ингибиторов протонной помпы в профилактической дозе.

Помимо лекарственной терапии, диетотерапии, направленной на снижение глюкозы крови, необходимо проведение физической реабилитации, выполнение ЛФК.

Тактика ведения представленной пациентки

Были даны рекомендации по диетотерапии, постепенное снижение веса, выполнение ЛФК. Лекарственная терапия: Ксефокам 8 мг 2 раза в день перед едой, запивая достаточным количеством воды – 10 дней; Омег 20 мг вечером; Келтикан комплекс 1 капс. утром – 1 месяц. Для купирования нейропатической боли – amitriptilin 25 мг, прегабалин с постепенным увеличением дозы до 150 мг 2 раза в день (утром и вечером).

Через 1 месяц после лечения отмечается положительная динамика в виде купирования болевого синдрома, нарастания силы в проксимальных отделах правой ноги, увеличения двигательной активности и улучшения качества жизни пациентки.

7.3.5. Список вопросов к зачету.

- Неврологические проявления дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника: методы диагностики, направления терапии.
- Комплексный подход к ведению пациентов с метаболическим синдромом, ИБС, гипертонической болезнью и болями в спине.
- Особенности диагностики и лечения болевого синдрома в области шеи у молодого пациента.
- Профилактика осложнений течения болевого синдрома на уровне шейного отдела позвоночника на фоне дисплазии соединительной ткани.
- Воспалительный характер боли в спине.
- Выбор и длительность назначения НПВП при неспецифической боли в спине у молодого пациента без коморбидной патологии.
- Выбор и длительность назначения НПВП при неспецифической боли в спине у пожилого пациента с сердечно-сосудистой патологией.
- Выбор и длительность назначения НПВП при неспецифической боли в спине у пожилого пациента с патологией желудочно-кишечного тракта.
- Выбор и длительность назначения НПВП при неспецифической боли в спине у молодого пациента с болезнью Крона.

- Пациент с жалобами на боль и онемение стоп: алгоритм обследования, показания для госпитализации.
- Принципы диагностики, подходы терапии и мониторинг лечения пациентов с диабетической полинейропатией.
- Принципы диагностики, подходы терапии и мониторинг лечения пациентов с ХВДП.
- Принципы диагностики, подходы терапии и мониторинг лечения пациентов с ОВДП.
- Принципы диагностики, подходы терапии и мониторинг лечения пациентов с алкогольной полинейропатией.
- Принципы диагностики, подходы терапии и мониторинг лечения пациентов с инфекционными полинейропатиями.
- Принципы диагностики, подходы терапии и мониторинг лечения пациентов с паранеопластической полинейропатией.
- Пациент с подозрением на транстиретиновую полинейропатию: как заподозрить диагноз, маршрутизация пациента.
- Гипокалиоemia в клинической практике.
- Лабораторные методы исследования мочи: микроскопия, методы сухой химии.
- Диагностическая информативность и специфичность определения уровня креатинина в крови.
- Диагностическая информативность и специфичность определения уровня цистатина С в крови.
- Диагностическая информативность и специфичность определения клиренса креатинина.
- Диагностическая информативность и специфичность определения скорости клубочковой фильтрации расчетными методами.
- Клиническая оценка концентрационной функции почки.
- Клиническая оценка инкреторной функции почки.
- Лабораторный контроль гомеостаза при гемодиализе.
- Лабораторный контроль гомеостаза при атеросклерозе.
- Лабораторные методы оценки эндокринного статуса у пациентов с патологией щитовидной железы: субстрат для исследования, правила преаналитического этапа, интерпретация.
- Лабораторные методы оценки эндокринного статуса у пациентов с патологией надпочечников: субстрат для исследования, правила преаналитического этапа, интерпретация.
- Лабораторные методы оценки эндокринного статуса у пациентов с патологией половых желез: субстрат для исследования, правила преаналитического этапа, интерпретация.
- Понятие и назначение портфолио.
- Структурные элементы, особенности ведения портфолио.
- Тесты оценки когнитивных функций, применяемые в клинике: шкала MMSE.
- Тесты оценки когнитивных функций, применяемые в клинике: Монреальская шкала оценки когнитивных функций.
- Тесты оценки когнитивных функций, применяемые в клинике: тест рисования часов.
- Тесты оценки когнитивных функций, применяемые в клинике: батарея лобных тестов.
- Диагностика дисметаболических причин нарушений когнитивных функций.
- Сбор анамнеза, осмотр и дополнительная диагностика у пациент с предположительным диагнозом болезнь Альцгеймера.
- Сбор анамнеза, осмотр и дополнительная диагностика у пациент с предположительным диагнозом лобно-височная деменция.
- Сбор анамнеза, осмотр и дополнительная диагностика у пациент с предположительным диагнозом деменция с тельцами Леви.
- Сбор анамнеза, осмотр и дополнительная диагностика у пациент с предположительным диагнозом сосудистая деменцией.
- Выявление пациентов с умеренными когнитивными расстройствами.

- Выявление пациентов с субъективными когнитивными расстройствами.
- Подходы терапии и мониторинг лечения у пациента с деменцией.
- Подходы терапии и мониторинг лечения у пациента с умеренными когнитивными нарушениями.
- Определение уровня глюкозы крови, приборами, применяемые для диагностики «в месте лечения»: клиническая информативность.
- Определение уровня тропонина крови, приборами, применяемые для диагностики «в месте лечения»: клиническая информативность.
- Определение уровня холестерина крови, приборами, применяемые для диагностики «в месте лечения»: клиническая информативность.
- Определение уровня лактата крови, приборами, применяемые для диагностики «в месте лечения»: клиническая информативность.
- Определение кислотно-основного состояния крови, приборами, применяемые для диагностики «в месте лечения»: клиническая информативность.
- Диагностика аутоиммунного артрита: проблема ложноположительных и ложноотрицательных результатов при обследовании пациентов.
- Диагностика системной красной волчанки: проблема ложноположительных и ложноотрицательных результатов при обследовании пациентов.
- Диагностика болезни Крона: проблема ложноположительных и ложноотрицательных результатов при обследовании пациентов.
- Диагностика целиакии: проблема ложноположительных и ложноотрицательных результатов при обследовании пациентов.
- Диагностика васкулитов: проблема ложноположительных и ложноотрицательных результатов при обследовании пациентов.

7.3.6. Пример билета для практикоориентированной части зачета.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации Кафедра клинической лабораторной диагностики с курсом молекулярной медицины Кафедра неврологии и мануальной медицины ФПО	
Специальность: <u>31.05.01 Лечебное дело</u>	Дисциплина «МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: ВЗГЛЯД НЕВРОЛОГА И ЛАБОРАТОРИИ. ПРАКТИКУМ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ: НАВЫКИ ЭФФЕКТИВНОГО СОБЕСЕДОВАНИЯ С ПОТЕНЦИАЛЬНЫМИ РАБОТОДАТЕЛЯМИ»
Семестр 11 и 12	
Билет № 3	
Больной А., 40 лет. Жалобы на слабость в дистальных отделах нижних конечностей, изменение походки, постоянные парестезии и жгучие боли в стопах и голенях. В течение ряда лет больной употребляет алкоголь, заболевание развивалось постепенно. Объективно: симметричные парезы стоп с преимущественным поражением тыльных сгибателей стопы и пальцев с атрофией мышц, походка «петушиная» (степпаж). Ахилловы рефлексы отсутствуют. Чувствительные расстройства имеют вид «носков». Нарушена вибрационная и тактильная чувствительность. Отечность, гиперпигментация кожи нижних конечностей.	

Гематологические исследования					
Клинический анализ крови					
1. Эритроциты	4,1	10*12/л	(4,0-5,1)		
2. Гемоглобин	94<	г/л	(132-164)		
3. Цветовой показатель	0,69<		(0,85-1,05)		
4. Гематокрит	29,5<	%	(40,0-48,0)		
5. Средний объем эритроцита	72,1<	фл	(85,0-105,0)		
6. Среднее содержание Нв в эритроц.	23,1<	пг	(24,0-33,0)		
7. Средняя концентрация Нв в эритроц.	320	г/л	(300-380)		
8. Индекс распределения по объему эритроц.	21,8>	%	(11,5-15,5)		
9. Тромбоциты	365	10*9/л	(150-400)		
10. Средний объем тромбоцита	8,7	фл	(7,4-10,4)		
11. Лейкоциты	7,1	10*9/л	(4,0-8,8)		
12.		Относительные		Абсолютные	
13. Нейтрофилы	58,2	%	(46,0-72,0)	4,13	10*9/л
2,20-4,80					
14. Лимфоциты	27,6	%	(18,0-40,0)	2,0	10*9/л
1,2-3,0					
15. Моноциты	11,1>	%	(3,0-11,0)	0,79>	10*9/л
0,60					0,09-
16. Базофилы	0,4	%	(0,0-1,0)	0,028	10*9/л
0,065					0,000-
17. Эозинофилы	2,8	%	(0,0-5,0)	0,199	10*9/л
0,000-0,300					
18. Заключение анализатора		Гипохромия 1+		Анизоцитоз 1+	
SUSPECT NRBC					
СОЭ	37>	мм/час(2-15)			
Биохимические исследования					
Мочевина:	11,2>	ммоль/л	(2,5-7,3)		
Калий:	4,5	ммоль/л	(3,5-5,1)		
Железо:	5,0	мкмоль/л	(5,0-30,4)		
Общая ЖСС	43,9<	мкмоль/л	(46,7-85,6)		
Креатинин:	0,022<	ммоль/л	(0,053-0,097)		
С-реактивный белок	8,90>	мг/л	(0,10-8,20)		
Утверждаю					
Зав. кафедрой _____					
В.Л.Эмануэль					
Зав. кафедрой _____					
Е.Р.Баранцевич					
(подпись)					
«__» _____ 20__ года					

7.4 Методические материалы и методика, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Специфика формирования компетенций и их измерение определяется структурированием информации о состоянии уровня подготовки обучающихся.

Алгоритмы отбора и конструирования заданий для оценки достижений в предметной области, техника конструирования заданий, способы организации и проведения стандартизированной оценочных процедур, методика шкалирования и методы

обработки и интерпретации результатов оценивания позволяют обучающимся освоить компетентностно-ориентированные программы дисциплин.

Формирование части компетенций осуществляется в ходе всех видов занятий, практики, а контроль их сформированности на этапе текущей, промежуточной аттестации и государственной итоговой аттестации.

Форма промежуточной аттестации – **ЗАЧЕТ**

7.4.1. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности

1. Порядок применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ высшего образования.
2. Положение о порядке формирования Фонда оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации высшего профессионального образования.
3. Положение об итоговой государственной аттестации выпускников ГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России.
5. Положение о балльно-рейтинговой системе для обучающихся по образовательным программам.
6. Положение о распределении рейтинговых баллов оценки результатов обучения дисциплинам на кафедре неврологии и мануальной медицины ФПО, кафедре клинической лабораторной диагностики и молекулярной медицины ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова (Приложение 1).

8. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети Интернет

Электронные базы данных:

<https://cyberleninka.ru/>

<http://www.labinfo.ru/>

<http://www.medline.ru/>

<http://medbook.medicina.ru/>

<https://www.rmj.ru/articles/>

<https://www.neurology.ru/nauka/zhurnaly>

<https://elibrary.ru/defaultx.asp>

9. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины, необходимых для освоения дисциплины

9.1. Характеристика особенностей технологий обучения в Университете

В ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова освоение образовательных программ проводится с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий. База тестовых заданий и справочных материалов создана в программе academicNT.

9.2. Особенности работы обучающегося по освоению дисциплины

Обучающиеся при изучении учебной дисциплины используют образовательный контент, а также методические указания по проведению определенных видов занятий, рекомендации и пособия по данной дисциплине по работе с ним, разработанные

профессорско-преподавательским составом (ППС) кафедр.
Успешное усвоение учебной дисциплины «МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: ВЗГЛЯД НЕВРОЛОГА И ЛАБОРАТОРИИ. ПРАКТИКУМ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ: НАВЫКИ ЭФФЕКТИВНОГО СОБЕСЕДОВАНИЯ С ПОТЕНЦИАЛЬНЫМИ РАБОТОДАТЕЛЯМИ»

Обучающийся должен активно участвовать в решении ситуационных клинических задач, направленных как на изучение новых лабораторных технологий, особенности наблюдения и терапии коморбидных пациентов неврологического профиля, так и на использовании их в различных клинических случаях. В этой связи обучающиеся должны иметь в виду, что на практических занятиях раскрываются наиболее значимые вопросы учебного материала. Остальные осваиваются обучающимися в ходе самостоятельной работы над учебным материалом.

Следует иметь в виду, что все разделы и темы электива представлены в дидактически проработанной последовательности, что предусматривает логическую стройность курса и продуманную систему усвоения обучающимися учебного материала.

9.3. Методические указания для обучающихся по организации самостоятельной работы в процессе освоения дисциплины

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (по учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой Проработка вопросов для собеседования по темам	Собеседование
Ознакомление с видеоматериалами электронных ресурсов	Собеседование Проверка ситуационных задач (клинических наблюдений)
Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	Тестирование
Подготовка кейс-заданий на заданные темы	Проверка кейс-заданий
Работа с тестами и вопросами для подготовки к зачету	Тестирование Собеседование Проверка ситуационных задач (клинических наблюдений)
Подготовка ко всем видам контрольных испытаний	Тестирование Собеседование Проверка ситуационных задач (клинических наблюдений) Проверка кейс-заданий

9.4. Методические указания для обучающихся по подготовке к занятиям

Изучение дисциплины «Дифференциальный диагноз: взгляд невролога и лаборатории. Методы активизации когнитивных функций на примере организации эффективного трудоустройства» предусматривает освоение четырех разделов (модулей).

Методические указания к практическим (семинарским) занятиям

<p>ТЕМА 1. Лабораторная диагностика параметров гомеостаза у амбулаторных пациентов. Методы лабораторной диагностики гормонального статуса у амбулаторных пациентов. Оснащение: компьютерная презентация; ситуационные задачи (клинические наблюдения); учебные таблицы и схемы; фотографии.</p>
<p>1.1. Лабораторная диагностика параметров гомеостаза у амбулаторных пациентов. Учебная цель. Алгоритмы лабораторного контроля гомеостаза: азотистого, водно-электролитного, кислотно-основного, осмотического. Вопросы, подлежащие изучению: гипокалиоemia в клинической практике. Лабораторные методы в исследовании мочи, микроскопия. Оценка секреторной и концентрационной функции почки. Лабораторный контроль гомеостаза при гемодиализе и атеросклерозе.</p>
<p>1.2. Методы лабораторной диагностики гормонального статуса у амбулаторных пациентов. Учебная цель: Изучить особенности гормонального статуса у пациентов при различных эндокринопатиях. Химическую природу и биологическое действие гормонов. Методы определения. Вопросы, подлежащие изучению: материал для современной лабораторной оценки эндокринного статуса у пациентов с патологией щитовидной железы, надпочечников, половых желез. Новые методы детекции гормонов и алгоритмы диагностики и контроля лечения. Возможности применения новейших лабораторных разработок в той или иной клинической ситуации. Современные лабораторные алгоритмы для выявления патогенетических причин нарушений, ферментной недостаточности, накопления промежуточных метаболитов. Оценка метаболизма стероидных гормонов для более точной прицельной коррекции изменений и действия на конкретное звено патогенеза.</p>
<p>Основная литература: Кишкун А.А. Клиническая лабораторная диагностика: учебное пособие. ГЭОТАР-Медиа, 2015, 976 с. (консультант студента). Дополнительная литература: Долгов В.В., Эмануэль В.Л., Ройтман А.П. «Лабораторная диагностика нарушений водно-электролитного обмена». Учебное пособие. – М.-СПб.: ООО «Издательство «Триада», 2014. – 104с.:ил. – 15 экз.</p>
<p>ТЕМА 2. Лабораторные методы в месте лечения. Лабораторная диагностика аутоиммунных заболеваний. Оснащение: компьютерная презентация; ситуационные задачи (клинические наблюдения); учебные таблицы и схемы; фотографии.</p>
<p>. Лабораторные методы в месте лечения. Учебная цель. Формирование представления о современных возможностях прикроватной диагностики в лабораторной медицине. Вопросы, подлежащие изучению. Приборы, применяемые для диагностики «в месте лечения» - определение уровня глюкозы крови, тропонина, холестерина, лактата, кислотно-основного состояния, трансаминаз. Кто несет ответственность за правильность выполнения тестирования, зависящую как от квалификации персонала, так и от</p>

исправности прибора.
2.2. Лабораторная диагностика аутоиммунных заболеваний. Учебная цель. Формирование алгоритмов лабораторной диагностики при подозрении на аутоиммунный процесс. Вопросы, подлежащие изучению. Диагностика аутоиммунных процессов в амбулаторном звене. Проблема ложноположительных и ложноотрицательных результатов при обследовании пациентов с подозрением на системное заболевание соединительной ткани, целиакию, аутоиммунную патологию желудочно-кишечного тракта.
Основная литература: Кишкун А.А. Клиническая лабораторная диагностика: учебное пособие. ГЭОТАР-Медиа, 2015, 976 с. (консультант студента). Аутоиммунные заболевания: диагностика и принципы терапии [Электронный ресурс]: учеб. пособие / И.А. Новикова, С.А. Ходулева - Минск : Выш. шк., 2017.

ТЕМА 3. Технологии ведения портфолио, собеседования при трудоустройстве. Тестирование когнитивных функций в амбулаторной практике. Разбор клинических наблюдений. «На приеме у врача-терапевта участкового»: пациент с нарушениями когнитивных функций. Оснащение: компьютерная презентация; ситуационные задачи (клинические наблюдения); учебные таблицы и схемы; фотографии.
3.1. Технологии ведения портфолио. Тестирование когнитивных функций в амбулаторной практике. Учебная цель. Закрепить навыки ведения собственного портфолио. Сформировать навыки использования современных методов тестирования когнитивных функций. Вопросы, подлежащие изучению. Понятие и назначение портфолио, структурные элементы, особенности ведения портфолио. Тесты оценки когнитивных функций, применяемые в клинике: шкала ММСЕ, Монреальская шкала оценки когнитивных функций, тест рисования часов, батарея лобных тестов: методика использования. «Первомедовская» шкала оценки когнитивных функций (протокол локального этического комитета № 204 от 26 февраля 2018 года). Диагностика дисметаболических причин нарушений когнитивных функций с использованием инструментальных и лабораторных методов: уровень витаминов В12, Д3, фолиевой кислоты; состояние функционирования печени, почек, углеводный, липидный, белковый обмен, электролиты; анемия.
3.2. Разбор клинических наблюдений. «На приеме у врача-терапевта участкового»: пациент с нарушениями когнитивных функций. Учебная цель. Формирование навыков диагностики, дифференциальной диагностики и выбора терапии у пациентов с нарушениями когнитивных функций в амбулаторной практике. Вопросы, подлежащие изучению. Сбор анамнеза, осмотр и дополнительная диагностика у пациент с предположительным диагнозом болезнь Альцгеймера, лобно-височная деменция, деменция с тельцами Леви, сосудистая деменцией. Выявление пациентов с умеренными когнитивными расстройствами, субъективными когнитивными расстройствами. Подходы к терапии в зависимости от поставленного диагноза, возраста пациента и стадии заболевания. Болезнь Неймана-Пика типа С: как заподозрить заболевание, алгоритм организации диагностики.
Основная литература: Никифоров А.С., Гусев Е.И. «Общая неврология»: ГЭОТАР-Медиа, 2013, (консультант студента).

Эмануэль Ю.В., Андреев В.В. «Интерпретация результатов лабораторных исследований при дислипидемии» учебно-методическое пособие, 59 с.: прил., табл. (академик НТ)
Топическая диагностика заболеваний нервной системы: руководство для врачей. - 8-е изд., перераб. и доп. - СПб.: Политехника, 2012. - 623 с: ил. (консультант студента).

Дополнительная литература:

Скоромец А.А. и др. «Нервные болезни: учебное пособие», — Москва: Медпресс–информ 2007, 551с.:ил., таб. — 104 экз.

Эмануэль Ю.В., Эмануэль Т.С. Под ред. Волосниковой Т.В. и Потапчук А.А. «РазБег – РАЗВИТИЕ БЕЗ ГРАНИЦ: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ». Пособие - СПб.: Коста, 2014. - 88 с. – 25 экз.

Тема 4 Разбор клинических наблюдений

«На приеме у врача-терапевта участкового»: коморбидный пациент с неврологическими проявлениями дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника, гипертонической болезнью, ИБС, язвенной болезнью желудка.

«На приеме у врача-терапевта участкового»: пациент с полинейропатией.

4.1. «На приеме у врача-терапевта участкового»: коморбидный пациент с неврологическими проявлениями дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника, гипертонической болезнью, ИБС, язвенной болезнью желудка

Учебная цель. Формирование навыков диагностики, дифференциальной диагностики и выбора терапии у пациентов с неврологическими проявлениями дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника, гипертонической болезнью, ИБС, язвенной болезнью желудка в амбулаторной практике.

Вопросы, подлежащие изучению. Пациент с неспецифической болью в спине, хронический болевой синдром, неврологические проявления дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника: методы диагностики, направления терапии. Комплексный подход к ведению пациентов с метаболическим синдромом, ИБС, гипертонической болезнью и болями в спине. Особенности диагностики и лечения болевого синдрома в области шеи у молодого пациента, профилактика осложнений особенно на фоне дисплазии соединительной ткани. Воспалительный характер боли, выбор и длительность назначения НПВП.

4.2. «На приеме у врача-терапевта участкового»: пациент с полинейропатией.

Учебная цель. Формирование навыков диагностики, дифференциальной диагностики и выбора терапии у пациентов с полинейропатией в амбулаторной практике.

Вопросы, подлежащие изучению.

Пациент с жалобами на боль и онемение стоп: алгоритм обследования, показания для госпитализации (диабетическая полинейропатия (ПНП); ХВДП, ОВДП, алкогольная ПНП, инфекционные ПНП, паранеопластические ПНП). Принципы диагностики типичных и атипичных форм ХВДП. Пациент с подозрением на транстеретиновую полинейропатию: как заподозрить диагноз, маршрутизация пациента.

Основная литература:

Никифоров А.С., Гусев Е.И. «Общая неврология»: ГЭОТАР-Медиа, 2013, (консультант студента).

Эмануэль Ю.В., Андреев В.В. «Интерпретация результатов лабораторных исследований при дислипидемии» учебно-методическое пособие, 59 с.: прил., табл. (академик НТ)

Туннельные компрессионно-ишемические моно- и мультиневропатии : руководство / А. А. Скоромец, Д. Г. Герман, М. В. Ирецкая, Л. Л. Брандман. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 376 с. : ил (консультант студента).

Дополнительная литература:

Скоромец А.А. и др. «Нервные болезни: учебное пособие», — Москва: Медпресс–информ 2007, 551с.:ил., таб. — 104 экз

Сколиозы, нарушения осанки и дегенеративно дистрофические заболевания позвоночника : рекомендации для 5 курса лечеб. фак. и фак. спорт. медицины / Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова, каф. травматологии и ортопедии ; [сост.: В. П. Москалев, К. Г. Редько, В. Н. Хрулев и др.; ред. Н. В. Корнилов]. - СПб. : Изд-во СПбГМУ, 2005. - 24 с. 251 экз.

Миофасциальный болевой синдром: руководство. Рачин А.П., Якунин К.А., Демешко А.В. 2011. - 120 с.: ил. (Серия "Библиотека врача-специалиста") (консультант студента).

Неврологические осложнения остеохондроза позвоночника / А. С. Никифоров, Г. Н. Авакян, О. И. Мендель. - 2-е изд. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 272 с. (консультант студента).

Боль в спине / Е. В. Подчуфарова, Н. Н. Яхно. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 368 с. : ил. - (Серия "Библиотека врача-специалиста") (консультант студента).

10. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем

Программное обеспечение ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, являющееся частью электронной информационно-образовательной среды и базирующееся на телекоммуникационных технологиях: компьютерные обучающие программы; тренинговые и тестирующие программы;

Электронные базы данных:

- <http://www.ctt-journal.com/> <http://www.jacie.org/> <http://www.labinfo.ru/>
<http://www.medline.ru/> <http://giduv.com/questions/> <http://medbook.medicina.ru/>
<http://www.mag.innov.ru/> <http://www.aacc.com/> <http://www.studentlibrary.ru/>

Стандарты медицинской помощи: <http://www.rspor.ru/>

11. Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине

Наименование аудиторий и	Перечень оборудования	Примечание
	Фактическое наличие	
1	2	3
197022, Санкт-Петербург, Петроградская набережная д. 44, лит. А, Центр практической стоматологии, 3 этаж Большой конференц-зал №331(ПИБ 312)	- Ноутбук переносной – 1 шт. - Мультимедийный проектор - 1 шт. - Доска для письма маркером – 1шт. - Кресла 70 шт. - Столы – 3 шт.	Указанное оборудование используется для организации и обеспечения учебного процесса
197022, Санкт-Петербург, Петроградская набережная д. 44, лит. А, Центр практической стоматологии, 3 этаж Малый конференц-зал №343 (ПИБ 326)	- Ноутбук переносной – 1 шт. - Мультимедийный проектор - 1 шт. - Столы – 6 шт. - Стулья – 15 шт. - Доска для письма маркером – 1шт. - Муляжи - кушетка – 1 шт.	Указанное оборудование используется для организации и обеспечения учебного процесса

197022, Санкт-Петербург, Петроградская набережная д. 44, лит. А, Центр практической стоматологии, 3 этаж Учебная комната №342 (ПИБ 325)	- Ноутбук переносной – 1 шт. - Мультимедийный проектор - 1 шт. - Столы – 8 шт. - Стулья – 15 шт. - Доска для письма маркером – 2шт. - Муляжи	Указанное оборудование используется для организации и обеспечения учебного процесса
197022, Санкт-Петербург, Петроградская набережная д. 44, лит. А, Центр практической стоматологии, 3 этаж Учебный класс № 334 (ПИБ 314) (выход в интернет)	- Столы – 3 шт. - Стулья – 12 шт. - Муляжи	Указанное оборудование используется для организации и обеспечения учебного процесса
197022, Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, д.6-8, лит Д, корпус 11 учебная комната № 1 (ПИБ 92)	Стол – 2 шт., Компьютерный стол – 1 шт. Стулья - 12 шт. Проектор – 1 шт. Ноутбук – 2 шт. Шкаф – 4 шт. Кресло – 1 шт.	Указанное оборудование используется для организации и обеспечения учебного процесса
197022, Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, д.6-8, лит Д, корпус 11 конференц-зал (ПИБ 98)	Стол - 2 шт, Стулья - 30 шт. Проектор мультимедийный – 1 шт. Экран проекционный – 1 шт. Компьютер – 1 шт. Монитор – 1шт. Клавиатура -1шт.	Указанное оборудование используется для организации и обеспечения учебного процесса
197022, Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, д.6-8, лит Д, корпус 11 учебная комната № 15 (ПИБ 102)	Стол - 6 шт, Стулья - 12 шт. Компьютер – 1 шт.	Указанное оборудование используется для организации и обеспечения учебного процесса
197022, Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, д.6-8, лит Д, корпус 11 учебная комната № 20 (ПИБ 107)	Стол - 10 шт, Стулья - 12 шт.	Указанное оборудование используется для организации и обеспечения учебного процесса

Разработчики:

Заведующий кафедрой неврологии и мануальной медицины ФПО,
д.м.н., профессор Баранцевич Е.Р.

Доцент кафедры неврологии и мануальной медицины ФПО,
к.м.н., Эмануэль Ю.В.

Заведующий кафедрой клинической лабораторной диагностики с курсом молекулярной медицины, д.м.н., профессор Эмануэль В.Л.

Версия 1 от 05.03.2018г.

Доцент кафедры клинической лабораторной диагностики с курсом молекулярной медицины, к.м.н., доцент Лобачевская Т.В.

Рецензенты:

Заведующий кафедрой клинической биохимии и лабораторной диагностики Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И.Евдокимова, член-корреспондент РАН, лауреат Государственной премии, д.м.н., профессор Кушлинский Н.Е.

Профессор кафедры неврологии имени академика С.Н. Давиденкова ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова», д.м.н., доцент, член Ассоциации неврологов Санкт-Петербурга Г.И. Шварцман

**Бально-рейтинговая система к
РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ**

дисциплины по выбору:

«МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: ВЗГЛЯД НЕВРОЛОГА И ЛАБОРАТОРИИ. ПРАКТИКУМ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ: НАВЫКИ ЭФФЕКТИВНОГО СОБЕСЕДОВАНИЯ С ПОТЕНЦИАЛЬНЫМИ РАБОТОДАТЕЛЯМИ» для специальности 31.05.01 Лечебное дело Факультет лечебный

Кафедра Неврологии и мануальной медицины ФПО.

Кафедра Клинической лабораторной диагностики с курсом молекулярной медицины

Схема итоговой аттестации студентов по дисциплине		
Вид деятельности	Баллы	
Экзамен\зачет по Учебному плану	от 25 до 40	
Баллы за практико-ориентированную часть зачета (промежуточная аттестация, проводимая устно). Ситуационная задача	До 10 баллов	
Баллов за промежуточную аттестацию: компьютерное тестирование (промежуточная аттестация, проводимая письменно). Три теста с 0 до 10 баллов каждый	До 30 баллов	
Оценка деятельности студента при изучении дисциплины.	Практические умения, предусмотренные учебной программой: кейс-задание, решение ситуационной задачи (клинического случая) оценивается преподавателем). Одно задание 0-10 баллов.	От 25 до 40 баллов
	Теоретическая подготовка (текущий контроль, активность в процессе обучения). Собеседование 0-5 балла за один вопрос.	От 12 до 20 баллов
Итоговая аттестация	0-60 баллов	неудовлетворительно
	61-73 балла	удовлетворительно
	74-84 балла	хорошо
	85-100 баллов	отлично

Заведующий кафедрой неврологии и мануальной медицины ФПО

д.м.н., профессор _____ Баранцевич Е.Р.

Заведующий кафедрой клинической лабораторной диагностики с курсом молекулярной медицины

д.м.н., профессор _____ Эмануэль В.Л.

Рабочая программа одобрена цикловой методической комиссией по терапии «05» марта 2018 г., протокол № 110.

Председатель цикловой методической комиссии

д.м.н., профессор _____ В.И.Трофимов