

Министерство науки и высшего образования РФ

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ  
"ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ  
ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ"**

ООО "ОЦМУ ИМ СВТ. ЛУКИ"

**«ОДОБРЕНО»**

Генеральный директор

О.Н. Иванов

«18» октября 2019 г.



**"УТВЕРЖДАЮ"**

Научный руководитель.

Профессор, Доктор

медицинских наук

К.С. Мухин

«18» октября 2019 г.

**УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА  
ЦИКЛА ТЕМАТИЧЕСКОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ (ТУ)  
72 ЧАСА  
«КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИЛЕПТОЛОГИЯ С ОСНОВАМИ ВИДЕО-ЭЭГ  
МОНИТОРИНГА»**

Москва, 2019 г.

### **Аннотация**

Дополнительная профессиональная образовательная программа «Клиническая эпилептология с основами видео-ЭЭГ мониторинга» предназначена для повышения квалификации специалистов с высшим медицинским образованием по базовым специальностям "Неврология", «Психиатрия», «Функциональная диагностика», «Педиатрия».

Выбор оптимальных форм подготовки врачей на цикле ТУ «Клиническая эпилептология с основами видео-ЭЭГ мониторинга» в ООО "ОЦМУ им.Свт. Луки" включает усвоение конкретных практических навыков, одновременное повышение теоретических знаний по актуальным вопросам эпилептологии. Слушатель цикла сдает промежуточные отчеты по окончанию каждого цикла и заключительной экзамен.

Программа составлена с учетом требований, изложенных в Федеральном законе Российской Федерации от 29 декабря 2012г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ, в приказах Министерства образования и науки Российской Федерации от 01 июля 2013г. №499 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».

**1. Цель и задачи:** овладение теоретическими знаниями и практическими навыками по вопросам неврологии, овладение методами диагностики, терапии, реабилитации заболеваний нервной системы.

**2. Категория слушателей:** лица с высшим медицинским образованием по базовым специальностям ""Неврология", «Психиатрия», «Функциональная диагностика», «Педиатрия».

**3. Срок обучения:** 72 часа

**4. Режим занятий:** 6 часов в день 36 часов в неделю.

**5. Комплексование:** теоретические занятия проводятся в лекционных аудиториях, практические - на базах медицинских организаций в подразделениях соответствующего профиля в виде стажировки.

**6. Квалификационная характеристика.** Слушатель, прошедший обучение на учебном цикле должен знать и уметь:

**1) Общие знания:** знания о терминах и понятиях, которыми оперирует эпилептология; о принятых методах исследования, лечения; о правах и ответственности, знания о причинно-следственных и других взаимосвязях, закономерностях.

**2) Общие умения:** умение получать и использовать необходимый для диагноза материал путем сбора анамнеза, объективного физического исследования, целесообразного отбора и правильной интерпретации данных обследований; умение обосновано отобрать и правильно провести необходимые лечебные и профилактические мероприятия.

**1) Специальные знания:** знания о принципах и концепциях, на них основанных, сведения о болезнях, их существовании и проявлениях на разных возрастных этапах, основных методов профилактики и восстановительного лечения.

**2) Специальные умения:** мануальные умения, работа с аппаратами и приборами, врачебные манипуляции, реанимационные мероприятия; умение правильно, логично и продуктивно обеспечивать диагностику различных заболеваний, алгоритм врачебного мышления с целью определить, что происходит с больным, ради того, чтобы эффективно действовать ему на пользу, обеспечить принятые стандарты лечения.

## 7. Содержание программы

Учебный план  
программы повышения квалификации  
«Клиническая эпилептология с основами видео-ЭЭГ мониторинга».

№№	Наименование разделов дисциплин и тем	Всего часов	В том числе		Форма контроля
			Лекции	Практические семинарские лабораторные занятия	
1	2	3	4	5	6
<b>1.</b>	<b>Общие данные</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	
1.1	Эпидемиология эпилепсии. Международная классификация эпилепсий	1	1		
1.2	Этиология эпилепсии.	0,5		0,5	
1.3	Патогенез эпилепсии.	1		1	
1.4	Нейрофизиологические аспекты. Биохимические аспекты.	0,5		0,5	
1.5	Оценка исходного и заключительного уровня знаний	1		1	Тестовый контроль
<b>2</b>	<b>Семиология эпилептических приступов</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>зачет</b>
2.1	Эпилептические приступы с генерализованным началом	3	1	2	
2.2	Эпилептические приступы с двигательным началом	3	0,5	2,5	
2.3	Эпилептические приступы без двигательного начала (абсансы)	1		1	
2.4.	Эпилептические приступы с фокальным началом Эпилептические приступы с неизвестным началом	2	1	1	
2.5.	Эпилептические приступы с двигательным началом	0,5		0,5	
2.6	Эпилептические приступы без двигательного начала	0,5		0,5	
2.7	Фокальные приступы с переходом с билатеральные тонико-клонические приступы	1	0,5	0,5	
	Оценка исходного и заключительного уровня знаний	1		1	Тестовый контроль
<b>3.</b>	<b>Клинические формы эпилепсии</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>зачет</b>
3.1.	Генерализованные эпилепсии	2	1	1	
3.2.	Фокальные эпилепсии	2	1	1	
3.3.	Комбинированные генерализованные и фокальные эпилепсии	1	1		

	Неизвестные формы эпилепсий				
3.4.	Формы эпилепсий по этиологическим факторам : - Структурные - Генетические - Инфекционные - Метаболические - Иммуно-обусловленные - Неизвестной этиологии	3	1	2	
3.5	Оценка исходного и заключительного уровня знаний	1		1	Тестовый контроль
<b>4.</b>	<b>Диагностика эпилепсии</b>	<b>24</b>	<b>4</b>	<b>20</b>	<b>зачет</b>
4.1.	Анамнез	1		1	
4.2.	Клиническая картина	5	1	4	
4.3.	ЭЭГ, видео-ЭЭГ мониторинг	6	1	5	
4.4.	Прехирургическая диагностика пациентов с резистентной эпилепсией	2		2	
4.5.	Методы нейровизуализации, применяемые при диагностике эпилепсии (МРТ, КТ, ПЭТ, SPECT)	3	1	2	
4.6	Дифференциальная диагностика эпилептических и неэпилептических пароксизмов	6	1	5	
4.7	Оценка исходного и заключительного уровня знаний	1		1	Тестовый контроль
<b>5.</b>	<b>Эпилепсия детского возраста</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>зачет</b>
5.1.	Неонатальные и младенческие энцефалопатии.	2	1	1	
5.2.	Фебрильные приступы	1	0,5	0,5	
5.3.	Миоклоническая эпилепсия младенческого возраста	0,5		0,5	
5.4.	Генерализованная эпилепсия с фебрильными приступами плюс (GEFS+).	0,5		0,5	
5.5.	Синдром Драве	0,5	0,5		
5.6.	Синдром Леннокса-Гасто	1	0,5	0,5	
5.7.	Миоклонически-атоническая эпилепсия (синдром Дузе)	0,5	0,5		
5.8.	Детская абсансная эпилепсия	0,5		0,5	
5.9.	Юношеская абсансная эпилепсия	0,5		0,5	
5.10.	Ювенильная миоклоническая эпилепсия (синдром Янца)	0,5		0,5	

5.11.	Эпилепсия с изолированными генерализованными тонико-клоническими приступами	0,5		0,5	
5.12	Идиопатическая (генетическая) фокальная эпилепсия детского возраста с центрo-темпоральными спайками (роландическая эпилепсия).	1	0,5	0,5	
5.13	Идиопатическая (генетическая) фокальная эпилепсия детского возраста с ранним дебютом (синдром Панайтопулоса)	0,5		0,5	
5.14	Идиопатические (генетические) затылочные эпилепсии	0,5	0,5		
5.15	Эпилептические энцефалопатии детского возраста с электрическим эпилептическим статусом медленного сна (ESES/CSWS)	1		1	
5.16	Оценка исходного и заключительного уровня знаний	1		1	Тестовый контроль
<b>6.</b>	<b>Эпилепсия у женщин</b>	<b>2</b>		<b>2</b>	<b>зачет</b>
<b>7.</b>	<b>Лечение эпилепсии.</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	
7.1	Фармакотерапия эпилепсии. Эпилептический статус. Лечение эпилептического статуса Немедикаментозные методы лечения резистентных форм эпилепсии: VNS терапия Кетогенная диета	2	1	1	
7.2	Хирургическое лечение эпилепсии	2	1	1	
7.3	Побочные эффекты антиэпилептических препаратов (АЭП)	1		1	
7.4	Оценка исходного и заключительного уровня знаний	1		1	Тестовый контроль
	<b>Экзамен</b>	<b>3</b>		<b>3</b>	
	<b>Всего:</b>	<b>72</b>	<b>18</b>	<b>54</b>	

## ФОРМЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ

Вид учебной работы	Всего часов
Общая трудоёмкость дисциплины	72
<b>Аудиторные занятия:</b>	
Лекции	18
Семинары Практические занятия, в т.ч. разбор клинич. случаев	54
<b>Внеаудиторные занятия</b> - самостоятельная работа с литературой, подготовка рефератов	.....

### 8. Материально-технические условия реализации программы

1. Реализация программы предполагает наличие следующих учебных кабинетов: – аудитории для проведения теоретических занятий;  
– кабинеты для проведения практических занятий, расположенные в лечебно-профилактических организациях (на основе прямых договоров между ЛПО и образовательной организацией).

Оборудование аудитории для теоретических занятий включает: – столы, стулья для преподавателя и слушателей;  
– магнитно-маркерная доска для записей маркером;  
– флип-чарт;  
– учебная, учебно-методическая и справочная литература.

Технические средства обучения:  
– компьютер класса Intel Pentium Duo Core (либо ноутбук аналогичного класса);  
– мультимедийный проектор.

Оборудование и технологическое оснащение кабинетов для проведения практических занятий осуществляется в соответствии с нормативно-правовыми документами, регламентирующими деятельность организации, осуществляющей медицинскую деятельность.

2. Учебная работа ведется с использованием учебных пособий, методических рекомендаций, учебных таблиц, слайдов. Имеются альбомы для демонстрации ЭЭГ, КТ и МРТ пациентов; учебные видеофильмы.

### 9. Учебно-методическое обеспечение программы

В учебном процессе по программе повышения квалификации «Клиническая эпилептология с основами видео-ЭЭГ мониторинга» используются:

#### **Методические рекомендации по организации изучения дисциплины.**

Учебно-тематический план цикла общего усовершенствования «НЕВРОЛОГИЯ/ Под ред. В.Н.Штока М.: ФГОУ «ВУНМИЦ Росздрава, 2008.-144 с

**Учебно-методические пособия, печатные раздаточные материалы для слушателей, профильная литература:**

Мухин К.Ю., Петрухин А.С., Миронов М.Б., Холин А.А., Пилюс С.В., Глухова Л.Ю., Волкова Э.Ю., Головтеев А.Л., Пылаева О.А. Эпилепсия с электрическим статусом медленного сна: диагностические критерии, дифференциальный диагноз и подходы к терапии. Учебно-методическое пособие – Москва, 32с., 2005 г.

Петрухин А.С., Мухин К.Ю., Глухова Л.Ю. Принципы диагностики и лечения эпилепсии в педиатрической практике.//Учебно-методическое пособие для национального проекта «Здоровье» - М., 2009

Петрухин А.С. Неврология детского возраста. - М.:Медицина, 2004

Петрухин А.С. Эпилептология детского возраста: руководство для врачей - М:Медицина, 2000.

Карлов В.А. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин. М: Медицина 2010 – 720 С.

Мухин К.Ю., Петрухин А.С., Глухова Л.Ю. Эпилепсия. Атлас электроклинической диагностики. - М., «Альварес Пабблишинг», 2004, - 440 с., 314-321.

Мухин К.Ю., Петрухин А.С., Холин А.А. Эпилептические энцефалопатии и схожие синдромы у детей – М: АртСервис ЛТД, 2011, 680 с.:ил.

Мухин К.Ю., Глухова Л.Ю., Бобылова М.Ю., Чадаев В.А., Петрухин А.С.. Эпилептические синдромы, диагностика и терапия. Руководство для врачей. Четвертое издание. М., ООО «Издательский дом «БИНОМ», 2018. – 608 с., ил.

### **Отраслевые и другие нормативные документы:**

Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»: изд. офиц.– М., 2010.

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: изд. офиц. – М.,2011.

Федеральный закон Российской Федерации от 12 апреля 2010г. №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»: изд. офиц. – М., 2010.

Федеральный закон Российской Федерации от 08 января 1998г. №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» (в ред. Федерального закона от 18.07.2009 N177-ФЗ): изд. офиц. – М., 2009.

Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.: изд. офиц. - М., 2009.

## **10. Требования к результатам обучения**

1. Тестовый контроль исходного уровня знаний.
2. Тестовый контроль полученных знаний слушателей.
3. Зачеты (по окончанию учебных циклов) и экзамен (устное собеседование).
4. Задачи

### **Примеры задач**

1. У мальчика 9-ти лет появились эпизоды дрожания глаз, длительностью несколько секунд, возникающие с частотой до 20 и более раз в сутки. По словам родителей, раньше во время разговора ребенок иногда замолкал на середине предложения, теряя суть своих размышлений и не доводя мысль до конца. Отмечен однократный эпизод падения с велосипеда. В неврологическом статусе нарушений не выявлено. До настоящего момента ребенок развивался нормально. В раннем детстве он перенес две черепно-мозговых травмы: первый раз - упал с трехколесного велосипеда на землю, и второй раз - упал на детской площадке. Оба эпизода сопровождалась кратковременной потерей сознания, и на следующий день у ребенка отмечалось замедление мышления, однако родители не обращались за медицинской помощью. Какой из методов диагностики наиболее точно поможет поставить диагноз этому пациенту?

- А. КТ головного мозга
- Б. МРТ головного мозга
- В. ЭЭГ
- Г. люмбальная пункция
- Д. ЭНМГ

Ответ В. В задаче представлен типичный случай первичной генерализованной эпилепсии детского возраста. Основной метод, помогающий установить диагноз - электроэнцефалография (ЭЭГ), демонстрирующая классическую 3-Гц спайк-волновую активность. МРТ и КТ головного мозга применяются для выявления структурных изменений в веществе головного мозга. Структурные

нарушения могут быть причиной приступов (при симптоматических формах эпилепсии), однако методы нейровизуализации не предоставляют информацию об электрической активности коры большого мозга. Люмбальная пункция применяется для оценки давления спинно-мозговой жидкости и диагностики воспалительных или инфекционных процессов в центральной нервной системе (которые также могут стать причиной приступов). Изучение проводимости нервов (ЭНМГ) применяется для оценки поражения периферической нервной системы, например при ущемлении нервов.

2. 19-летний молодой человек, правша, страдающий эпилепсией, был доставлен в отделение интенсивной терапии. Утром у него развился тонико-клонический эпилептический приступ. Прошлой ночью он спал около 2 часов, потому что готовился к итоговому экзамену.

Анамнез: Болен с 12 лет, когда впервые развился эпизод в виде дрожания глаз, продолжавшийся в течение нескольких секунд. Иногда отмечались остановки речи на середине предложения, с потерей основной мысли (забывал, о чем хотел сказать, не договаривал мысль до конца). Один раз упал с велосипеда, возможно, из-за кратковременного отключения сознания. Пациент получал препараты вальпроевой кислоты, при попытке отменить терапию приступы возобновились. В настоящее время молодой человек заканчивает первый семестр в колледже. Какую из следующих фраз будет наиболее уместно сказать этому пациенту?

А. «Я знаю, что Вы симулировали этот приступ, чтобы не сдавать экзамен»

Б. «Недостаток сна мог спровоцировать этот приступ»

В. «Можно предполагать, что тонико-клонические приступы станут регулярными, начиная с настоящего времени»

Г. «Ваши приступы становятся более тяжелыми, и нет никакой возможности с нашей стороны, чтобы помочь Вам»

Д. «Вам следует взять академический отпуск на следующий семестр для полного обследования и лечения»

Ответ Б. Депривация сна – частый провоцирующий фактор для возникновения приступов. Нет оснований не доверять пациенту, подозревая его в симуляции. Невозможно предсказать, как будут развиваться приступы в будущем на основании одного описанного эпизода. Возникновение данного приступа не обязательно свидетельствует о том, что заболевание прогрессирует. Даже если это так, то существует еще много эффективных антиэпилептических препаратов. Также нет оснований для академического отпуска в связи с возникновением одного приступа (требование взять отпуск может даже нанести психологический вред в данном случае, т.к. искусственное и неоправданное ограничение возможностей пациента приводит к снижению качества жизни).

3. 56-летний мужчина, страдающий эпилепсией, был доставлен в приемное отделение. У него возник длительный (более 30 минут) генерализованный тонико-клонический приступ, для купирования которого внутривенно введено 2 мг лоразепама. Большинство врачей рекомендует при эпилептическом статусе внутривенно вводить высокие дозы бензодиазепиновых препаратов, потому что они:

А. способны подавлять эпилептическую активность более, чем на 24 часа, после одной инъекции.

Б. имеют слабо выраженное угнетающее действие на дыхательную функцию

В. быстро действуют при внутривенном введении

Г. оказывают незначительный гипотензивный эффект

Д. незначительно влияют на функцию печени в связи с особенностями метаболизма и элиминации

Ответ В. Еще недавно самым популярным препаратом бензодиазепинового ряда при лечении эпилептического статуса был диазепам (реланиум). Он характеризуется быстрым началом действия и относительно коротким периодом выведения из организма. Из-за этого свойства диазепама пациенты нуждались в введении дополнительных препаратов, таких как фенитоин, для профилактики повторного возникновения эпилептической активности, приблизительно через 20 минут после инъекции диазепама. Бензодиазепиновый препарат пролонгированного действия - лоразепам, имеет преимущество перед диазепамом по фармакокинетическим свойствам в связи с аналогичным быстрым началом действия и более длительным влиянием на мозг.

4. 34-летняя женщина находилась на этапе контролируемого постепенного снижения дозы антиэпилептических препаратов. У нее развился судорожный приступ, который не прекращался в течение 5 минут и продолжался даже на фоне введения лоразепама. Была введена повторная доза препарата внутривенно. Какой из следующих антиэпилептических препаратов может вызвать сердечную аритмию у взрослых пациентов при внутривенной инфузии со скоростью > 50 мг/мин?

А. карбамазепин

Б. диазепам

В. фенобарбитал

Г. клоназепам

Д. фенитоин

Ответ Д. Быстрое введение фенитоина может вызвать сердечную аритмию или гипотензию. Фенитоин не должен вводиться со скоростью, превышающей 50 мг/мин у взрослых или 1 мг/кг/мин у детей, для предотвращения риска возникновения побочных эффектов. В случаях неотложной помощи при



эпилептическом статусе введение стандартной дозы фенитоина 1000-1500 мг обычно проводится в течение приблизительно 20 минут. Фосфенитоин, водо-растворимая форма фенитоина, имеет определенные преимущества в виде меньшей выраженности побочных эффектов. Возможно введение препарата со скоростью превышающей 150 мг/минуту для взрослых, при этом риск возникновения аритмии как у фенитоина. Другим преимуществом фосфенитоина является возможность внутримышечного введения при отсутствии венозного доступа. Для карбамазепина внутривенная форма введения отсутствует. Быстрое введение фенобарбитала вызывает гипотензию или угнетение дыхательной деятельности, и в меньшей степени - влияет на сердечную деятельность. Диазепам и клоназепам безопаснее фенобарбитала, однако быстрое введение высоких доз препаратов может вызвать резкое падение артериального давления и угнетение других жизненно важных функций.

5. 44-летний мужчина обратился с жалобами на подергивания левой кисти. Два дня назад пациента беспокоили парестезии в области латеральной поверхности, а также четвертого и пятого пальцев левой кисти во время чтения. Пациент решил, что отлежал левую руку; данные симптомы купировались через 30 секунд. Этим утром у него возникли те же ощущения, продолжающиеся в течение нескольких секунд, затем присоединились ритмичные сокращения четвертого и пятого пальцев, которые в дальнейшем переросли в подергивания всех пальцев, кисти, затем судорожные сокращения поднялись выше на область локтевого сгиба. Весь эпизод длился около 30 секунд. Больной отрицал возникновение каких-либо необычных запахов, вкусов, зрительных галлюцинаций или мышечной слабости. После окончания патологического эпизода в виде судорожных подергиваний в руке он ощутил напряжение в пальцах на несколько секунд. Затем он почувствовал, что не может "управлять рукой" и испытывает трудности при надевании носков. Жена предложила отвести его в больницу, и в машине у него возникли трудности при защелкивании ремня безопасности. При осмотре и проведении рутинных лабораторных анализов патологии не выявлено. Что из перечисленного нужно предпринять в данном случае?

- А. выписать больного из стационара и рекомендовать повторную консультацию врача поликлиники через 2 недели
- Б. проведение МРТ головного мозга
- В. проведение ЭЭГ
- Г. консультация ортопеда
- Д. проведение ЭНМГ

Ответ Б. Описана клиническая картина, характерная для простых парциальных приступов. Необходимо исключить очаговое поражение головного мозга. Не следует выписывать пациента без проведения необходимого обследования: КТ головного мозга или, более предпочтительного, МРТ головного мозга. Несмотря на то, что у пациента возникают приступы, проведение ЭЭГ в данном случае стоит на втором месте после МРТ, как наиболее ценного метода диагностики при парциальных приступах для исключения их симптоматического характера. Симптомы заболевания не указывают на поражение периферической нервной системы, в связи с этим консультация ортопеда и проведение ЭНМГ не имеют важного значения в данном случае.

6. Из анамнеза известно, что 31-летняя женщина, правша, страдает алкоголизмом. Она выпивает 9 бутылок пива в течение 3-х дней в неделю. 5 дней назад она выпила 5 стаканов вина и 3 бутылки пива, прошлой ночью – 10 бутылок пива. Сегодня утром после пробуждения ее самочувствие было удовлетворительным. Она приняла ванну и вновь легла в кровать. У нее не болела голова, не было лихорадки, озноба, тошноты, рвоты или боли. Внезапно возникло тоническое напряжение всего тела, кисти сжались на несколько секунд, и затем начались ритмические сокращения в обеих кистях рук. В ногах также отмечался клонический компонент, но менее выраженный. Глаза были открыты, изо рта шла пена. Через минуту приступ закончился, и по окончании приступа она не узнала родных. Сознание медленно восстанавливалось в течение 10 минут. Она вспомнила события, происходящие до приступа, и также она помнила, как находилась в машине по дороге в больницу. Из лекарственных препаратов больная периодически принимала только поливитамины. Она отрицает наркотическое отравление. При осмотре неврологических симптомов не выявлено. Рутинные лабораторные обследования и МРТ головного мозга также не выявили отклонений от нормы. Какая из причин с наибольшей вероятностью могла вызвать данное состояние?

- А. аутоиммунное заболевание
- Б. генетическое (наследственное) заболевание
- В. инфекция
- Г. неопластическое поражение
- Д. токсико-метаболическое расстройство

Ответ Д. Это типичный пример возникновения приступов на фоне прекращения приема алкоголя (на фоне абстинентного синдрома абстинентного синдрома). Наибольший риск возникновения приступов после прекращения приема алкоголя существует в первый день после запоя, в отличие от делирия, который возникает на 2-4 сутки после запоя. Данных за аутоиммунный процесс у этой пациентки не получено

(например, энцефалит Расмуссена, проявляющийся эпилептическими приступами, имеет аутоиммунную природу). Описано множество форм наследственно-обусловленных эпилепсий, которые обычно начинаются в детском возрасте. Инфекционные заболевания, такие как менингит, абсцесс головного мозга, энцефалит, могут быть причиной приступов. При данных заболеваниях имеются определенные признаки: менингеальные симптомы, лихорадка, характерные изменения на МРТ головного мозга. В случаях объемного образования головного мозга в анамнезе были бы указания на головные боли и симптомы повышения внутричерепного давления. Кроме того, патологические изменения должны были быть выявлены при осмотре и по данным МРТ головного мозга.

7. У 4-х летнего мальчика впервые возник эпизод падения с обмяканием всего тела, до этого у ребенка отмечались генерализованные тонико-клонические приступы. С течением времени у ребенка нарастает когнитивный дефицит. На ЭЭГ выявлены комплексы пик-волна с частотой 1,5-2 Гц. Какой диагноз можно предположить?

- А. синдром Ландау-Клеффнера
- Б. синдром Леннокса-Гасто
- В. ювенильная миоклоническая эпилепсия
- Г. митохондриальная энцефалопатия
- Д. фебрильные приступы

Ответ Б. Синдром Леннокса-Гасто характеризуется задержкой психического развития, полиморфизмом приступов и 1-2-Гц генерализованной спайк-волновой активностью на ЭЭГ. При данном синдроме, дебютирующем в детском возрасте, приступы часто бывают резистентны к лечению. Многие дети. У которых в дальнейшем развивается синдром Леннокса-Гасто, в анамнезе страдали инфантильными спазмами (синдром Веста). У детей с инфантильными спазмами возникают приступ в виде “складывания” во всем туловище, в шее, а по данным ЭЭГ регистрируется выраженная дезорганизация ритмов, называемая гипсаритмией.

8. У 27-летнего мужчины появились редкие эпизоды, сопровождающиеся тошнотой, жаром во всем теле и ощущением запаха тухлой рыбы. Его девушка замечала, что после этого появляются мышечные подергивания в левой половине лица, и он не разговаривал в течение нескольких минут. После данных эпизодов сознание было нарушено, и больной не мог вспомнить, что с ним происходило. В остальном он чувствовал себя удовлетворительно. Какую локализацию поражения можно с наибольшей вероятностью ожидать при проведении МРТ головного мозга у данного пациента?

- А. левая затылочная доля
- Б. правая лобная доля
- В. пластинка решетчатой кости
- Г. крючок гиппокампальной извилины
- Д. левая теменная доля

Ответ Г. У многих пациентов с парциальными приступами существуют предвестники приступов (аура), которые предвещают развитие приступов. Аура данного пациента включает обонятельные галлюцинации, что часто бывает при поражении средних отделов височной доли, в частности uncus или парагиппокампальной извилины. Причиной могут быть опухоль, травма, медиальный темпоральный склероз.

9. 18-летняя девушка каталась на мотоцикле со своим парнем без шлема, и была доставлена в больницу с переломом черепа в левой лобной области и ушибом головного мозга. Оценка по шкале комы Глазго - 10 баллов. Была назначена интенсивная терапия. Эпилептических приступов не было. Какое утверждение о назначении антиэпилептической терапии в данном случае следует считать верным?

- А. назначение антиэпилептических препаратов противопоказано в связи с риском возникновения кожной сыпи
- Б. в этом случае препаратом выбора следует считать фенobarбитал
- В. назначение АЭП может привести к усилению отека мозга
- Г. назначение АЭП позволяет уменьшить риск возникновения посттравматической эпилепсии в отдаленном периоде
- Д. назначение АЭП позволяет уменьшить риск возникновения посттравматических приступов в остром периоде

Ответ Д. Несомненно профилактическое введение фениитоина уменьшает риск развития судорог после ЧМТ. Так как ранние посттравматические приступы увеличивают смертность и длительность пребывания больного в стационаре, целесообразно назначение профилактической противосудорожной терапии.

10. Пациенту с резистентными к терапии сложными парциальными приступами, кортикальной дисплазией, была произведена левосторонняя височная лобэктомия. Какое из нарушений с наибольшей вероятностью можно ожидать у данного пациента после перенесенной операции?

- А. правосторонняя верхнеквадрантная гемианопсия
- Б. правосторонняя нижнеквадрантная гемианопсия
- В. правосторонняя гомонимная гемианопсия

Г. правосторонний монопарез верхней конечности

Д. афазия

Ответ А. Как правило, при проведении височной лобэктомии пересекаются волокна, идущие от зрительного тракта через височный рог латерального желудочка. Верхне-квadrантная анопсия встречается чаще, чем гемианопсия. Реже после операции могут наблюдаться нарушения речи (дисномия), гемипарез (менее 2%), так как операция не затрагивает двигательные волокна кортикоспинального пути.

Лицам, успешно освоившим дополнительную профессиональную программу, и прошедшим итоговую аттестацию, выдается удостоверение о повышении квалификации.

Лицам, не прошедшим итоговой аттестации или получившим на итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а так же лицам, освоившим часть ДПП и (или) отчисленным из образовательной организации, выдается справка об обучении или о периоде обучения.