



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине	Производственная (клиническая) практика (базовая часть)
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации программа ординатуры по специальности 31.08.42 Неврология
Квалификация (специальность)	врач-невролог
Форма обучения	очная

РЯЗАНЬ, 2023

Разработчик(и) кафедры неврологии и нейрохирургии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
В.А. Жаднов	д.м.н., профессор,	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии
Р.А. Зорин	д.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Профессор кафедры неврологии и нейрохирургии

Рецензент(ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
М.М. Лапкин	Д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой нормальной физиологии с курсом психофизиологии
Д.С. Петров	Д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой психологическог о консультировани я и психотерапии с курсом психиатрии ФДПО

Одобрено учебно-методической комиссией по программам ординатуры и аспирантуры
Протокол № 7 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06.2023г.

Нормативная справка.

ФГОС	Приказ Минобрнауки России от 02.02.2022 № 103 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.42 Неврология"
Порядок организации и осуществления образовательной деятельности	Приказ Министерства науки и высшего образования РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры"

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
по итогам освоения практики
«Производственная (клиническая) практика
(базовая часть)»**

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Текущий контроль предполагает контроль ежедневной посещаемости ординаторами рабочих мест в отделениях медицинской организации и контроль правильности формирования компетенций, а также возможность использования муляжей и фантомов. При проведении текущего контроля преподаватель (руководитель практики) проводит коррекционные действия по правильному выполнению соответствующей практической манипуляции.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения практики

Формой промежуточной аттестации по практике является зачет без оценки.

К практике допускаются лица, имеющие высшее медицинское образование, успешно освоившие и сдавшие экзамен по дисциплине «Неврология».

I. Порядок проведения промежуточной аттестации.

Промежуточная аттестация проводится в виде тестового контроля, анализа истории болезни, итоговой аттестации.

II. Оценочные средства

Формой промежуточной аттестации по практике является зачет без оценки во 2,3 и 4 семестрах.

Примеры заданий в тестовой форме:

1. В определении эпилептического приступа основным компонентом является

- а) связь клинических проявлений с развитием гиперсинхронного/избыточного нейронального разряда в головной мозг
- б) связь клинических проявлений с развитием острой сосудистой недостаточности
- в) наличие патологических изменений в области задней черепной ямки
- г) связь клинических проявлений с острой интоксикацией

2. В определении эпилепсии основным является:

- а) наличие одного спровоцированного приступа
- б) наличие двух и более непровоцированных приступов
- в) наличие клинического эффекта при назначении антиконвульсантов
- г) наличием выраженных нейропсихологических нарушений у пациента

3. Не выделяют следующие типы эпилепсии по локализации

- а) фокальные лобные
- б) фокальные височные
- в) фокальные затылочные
- г) фокальные подкорковые

4. К фокальным приступам не относятся

- а) моторные
- б) сенсорные
- в) когнитивные
- г) абсансы

5. К эпилептиформным паттернам на ЭЭГ относятся

- а) ритм с частотой 8-12 в затылочных отведениях в расслабленном бодрствовании
- б) пик-волновая активность билатерально-синхронно 3-4 Гц
- в) медленно-волновая активность более 50% записи в 4 стадии сна
- г) снижение амплитуды и индекса альфа-колебаний при открывании глаз

6. ЭЭГ-паттерном типичного абсанса является

- а) региональное замедление основного ритма в затылочных отведениях

- б) региональная остро-медленноволновая активность в правой височной доле
- в) пик-волновая активность 3-4 колебания в секунду билатерально-синхронно
- г) доброкачественные эпилептиформные паттерны детства в центральных отведениях

7. К высоко эпилептогенным субстратам по данным магнитно-резонансной томографии относят:

- а) фокальная кортикальная дисплазия
- б) ретроцеребеллярная киста
- в) объёмные образования мостомозжечкового угла
- г) внутренняя гидроцефалия

8. К фокальным эпилепсиям относится

- а) детская абсансная эпилепсия
- б) юношеская миоклоническая эпилепсия
- в) детская эпилепсия с центрально-темпоральными спайками
- г) юношеская абсансная эпилепсия

9. К генерализованным эпилепсиям относится

- а) эпилептический синдром Гасто
- б) роландическая эпилепсия
- в) эпилептический синдром Панайотопулос
- г) детская абсансная эпилепсия

10. Препаратом, влияющим на AMPA рецепторы, является

- а) карбамазепин
- б) вальпроевая кислота
- в) перампанел
- г) лакосамид

Критерии оценки тестового контроля:

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

Формы отчётности по практике - Дневник практики, индивидуальное задание, характеристика, отчёт.

Процедура отчета состоит из доклада ординатора о проделанной работе в период практики, ответов на вопросы по существу доклада, анализа отчетной документации и заключения заведующего кафедрой и руководителя практики с оформлением зачёта с оценкой.

Аттестация по итогам практики проводится на основании сдачи практического навыка в соответствии с перечнем практических умений и навыков, проверки документов (дневник практики, отчет о практических навыках, характеристика, отражающая уровень освоения общепрофессиональных и профессиональных компетенций в период прохождения практики). Все документы обязательно должны быть заверены подписью руководителя практики.

Критерии оценки зачета:

Зачет по практике ставится руководителем практики после проверки дневника с учетом характеристики работы студента и результатов сдачи практических навыков.

«Зачтено» выставляется ординатору если, он полностью выполнил программу практики, прочно использовал на практике усвоенный программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется при видоизменении клинической ситуации, правильно

обосновывает принятое решение, владеет разносторонними практическими навыками и приемами выполнения практических задач в стационаре, поликлинике, БРИТ и приёмном отделении.

«Не зачтено» выставляется ординатору, который не выполнил программу практики, не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки при работе в отделениях, и приёмном отделении, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы, не овладел практическими навыками

Фонды оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций

ОПК-1: Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

ОПК-2: способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

ОПК-3: способен осуществлять педагогическую деятельность

ОПК-4: способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

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

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

ОПК-7: способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

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

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

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

ПК-1: способен проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний и (или) состояний нервной системы и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения

ПК-2: способен участвовать в оказании паллиативной медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (современные информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности):

Примеры контрольных вопросов:

1. Анатомия центрального двигательного нейрона: соматотопическое распределение нейронов в двигательной области коры мозга.
2. Соматотопическое распределение двигательных проводников во внутренней капсуле и пирамидных путях в спинном мозге.
3. Анатомия периферического двигательного нейрона: соматотопическое распределение нейронов в передних рогах серого вещества спинного мозга.
4. Сегментарное распределение двигательной иннервации на шейном и поясничном уровнях.
5. Сегменты, соответствующие бицепс, трицепс, карпорадиальному,

коленному, ахиллову рефлексам.

6. Общая классификация расстройств движений, обусловленных поражением нервной системы.

7. Клиническая характеристика паралича и пареза.

8. Классификация парезов по локализации очага поражения в двигательном пути.

9. Классификация парезов по локализации на теле.

10. Классификация пареза по характеру мышечного тонуса.

11. Классификация пареза по степени выраженности.

12. Классификация пареза по стадиям развития.

13. Классификация патологических рефлексов.

14. Клинические проявления центрального пареза.

15. Клинические проявления периферического пареза.

16. Клиническая характеристика пареза при поражении коры и подкорки полушария большого мозга.

17. Клиническая характеристика пареза при поражении и внутренней капсулы.

18. Клиническая характеристика пареза при одностороннем и двустороннем поражении ствола мозга.

19. Клиническая характеристика пареза при одностороннем и 2-стороннем поражении спинного мозга выше шейного утолщения.

20. Клиническая характеристика пареза при одностороннем и двустороннем поражении спинного мозга ниже шейного утолщения.

21. Характеристика двигательных нарушений при одностороннем и двустороннем поражении спинного мозга на уровне шейного утолщения.

22. Характеристика двигательных нарушений при одностороннем и двустороннем поражении спинного мозга на уровне поясничного утолщения.

23. Характеристика двигательных нарушений при поражении корешка спинного мозга.

24. Характеристика двигательных нарушений при поражении шейного сплетения.

25. Характеристика двигательных нарушений при поражении поясничного сплетения.

26. Характеристика двигательных нарушений при поражении периферического нерва.

27. Клиническая анатомия обонятельной системы.

28. Клиническая характеристика периферических и центральных расстройств обоняния.

29. Топическая диагностика расстройств обоняния.

30. Клиническая анатомия зрительной системы.

31. Характеристика нарушений остроты зрения при поражении зрительной системы.

32. Характеристика нарушений полей зрения.

33. Характеристика и клиническое значение изменения глазного дна в диагностике зрительных расстройств.

34. Характеристика нормальных зрачковых реакций, характеристика и значение нарушений зрачковых реакций.

35. Характеристика зрительного узнавания при поражении зрительной системы. Клинический синдром поражения зрительного нерва.

36. Клинический синдром поражения зрительной хиазмы.

37. Клинический синдром поражения зрительного тракта.

38. Клинический синдром поражения наружного коленчатого тела.

39. Зрачковые расстройства при поражении верхних бугорков пластины четверохолмия.

40. Клинический синдром поражения задних отделов внутренней капсулы, зрительной лучистости.

41. Клинический синдром поражения зрительной коры.

42. Клинический синдром поражения ствола и ядра глазодвигательного нерва.

43. Клинический синдром поражения ствола головного мозга на уровне ядра глазодвигательного нерва.
44. Синдром поражения блокового нерва.
45. Синдром поражения ствола отводящего нерва.
46. Синдром нарушения содружественных движений глаз при поражении полушария и ствола мозга.
47. Нарушения содружественного движения глаз при поражении четверохолмия среднего мозга.
48. Ядра тройничного нерва.
49. Двигательные расстройства при поражении системы тройничного нерва.
50. Периферические и ствольные чувствительные расстройства при поражении тройничного нерва.
51. Синдром тригеминальной невралгии.
52. Клиническая анатомия мозжечка.
53. Аfferентные пути мозжечка.
54. Эfferентные пути мозжечка.
55. Симптомы и признаки нарушения координации в осевой мускулатуре (статико-локомоторная атаксия).
56. Динамическая атаксия. Клиническая характеристика.
57. Клинические особенности мозжечковой атаксии.
58. Клинические особенности вестибулярной атаксии.
60. Клинические особенности сенситивной заднестолбовой и полиневральной атаксии.
61. Клинические особенности вестибулярной атаксии.
62. Клинические особенности капсулярной атаксии.
63. Клиническая характеристика лобной атаксии.
64. Особенности невротической атаксии

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения) и **«Владеть»** (решать сложные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности).

Примеры ситуационных задач:

Задача 1. Нет тактильной, мышечно-суставной и вибрационной чувствительности с уровня реберной дуги справа. Брюшные поверхностные рефлексы справа отсутствуют. Рефлексы ног равномерные симметричные. Нарушение выполнения точных движений правой ногой. Описать неврологические синдромы и топический диагноз.

Задача 2. Отклонение языка влево. Атрофия левой половины языка. Фибриллярные подергивания в атрофированной половине. Название расстройства. Локализация поражения.

Задача 3. Паралич всех мимических мышц справа: опущен угол рта, сглажена носогубная складка, рот перетянут влево, расширена глазная щель, не закрывается глаз (лагофтальм), симптом Белла. Жидкая пища вытекает из угла рта. Лоб не наморщивается справа. Слезотечение из правого глаза. «Дребезжание» в правом ухе. Вкус соли на передних 2/3 правой половины языка не воспринимается. Название расстройств. Локализация поражения.

Задача 4. Диплопия, частичный птоз и расширение правого зрачка. Правое глазное яблоко отведено наружу, ограничены движения его внутрь, вверх и вниз. Отсутствуют активные движения левых конечностей, повышен тонус мышц сгибателей предплечья и разгибателей голени. Сухожильные и надкостничные рефлексы выше слева, чем справа. Вызывается патологический рефлекс Бабинского и кистевой рефлекс Россолимо слева. Как называется расстройство? Установить топический диагноз.

Задача 5. Пациент Б., 35 лет. Жалуется на слабость и похудание рук и ног, около 4 месяцев отмечает непостоянное затруднение глотания, "гнусавость" голоса. Болен "без причины" в течение 2 лет с постепенным нарастанием расстройств. В неврологическом состоянии. Фибрилляции языка. Дужковые рефлексy не вызываются. Речь с носовым оттенком. Поперхивание при глотании. Жидкая пища попадает в нос. Смешанный тетрапарез с гипотрофией мышц. Миофибрилляции надплечий и рук. Двусторонние патологические стопные знаки. МРТ шейного отдела спинного мозга без патологии.

Вопросы.

1. Неврологические синдромы.
2. Топический диагноз.
3. Клинический диагноз.

Задача 6. Е., 32 лет. Неделю назад в алкогольном опьянении получил удар ножом в среднюю треть правого предплечья. Рана не обработана. Обратился в связи с возникновением жгучих болей в кисти и пальцах. В области передней поверхности предплечья справа резаная рана с неровными краями. Снижена сила сгибателей правой кисти и пальцев, больше 1-3. Болевая анестезия 1,2,3 пальцев, тенара и ладонной поверхности кисти. Цианоз и отечность кожи кисти и пальцев. Прикосновение к кисти вызывает распространенную парестезию с неприятным жгучим оттенком.

Вопросы.

1. Неврологические синдромы.
2. Топический диагноз.
3. Клинический диагноз.

Задача 7. Мимический паралич справа – рот перекошен влево, угол рта опущен, носогубная складка сглажена, глазная щель расширена, лагофтальм, симптом Белла, складки лба не образуются. Сухость правого глаза. Слух «извращен» справа. Нет вкуса на передних 2/3 языка справа. Описать неврологические расстройства. Установить локализацию поражения.

Задача 8. Нет тактильной, мышечно-суставной и вибрационной чувствительности с уровня реберной дуги справа. Брюшные поверхностные рефлексy справа отсутствуют. Рефлексy ног равномерные симметричные. Нарушение выполнения точных движений правой ногой. Описать неврологические синдромы и топический диагноз.

Задача 9. Отклонение языка влево. Атрофия левой половины языка. Фибриллярные подергивания в атрофированной половине. Название расстройства. Локализация поражения.

Задача 10. Диплопия, частичный птоз и расширение правого зрачка. Правое глазное яблоко отведено кнаружи, ограничены движения его внутрь, вверх и вниз. Отсутствуют активные движения левых конечностей, повышен тонус мышц сгибателей предплечья и разгибателей голени. Сухожильные и надкостничные рефлексy выше слева, чем справа. Вызывается патологический рефлекс Бабинского и кистевой рефлекс Россолимо слева. Как называется расстройство? Установить топический диагноз

Задача 11. Пациент В., 17 лет. Жалобы на онемение надплечий и левого плеча, длительно не рубцующийся ожог области правой лопатки, похудание рук. Снижена болевая и температурная чувствительность левой половины лица, надплечий с обеих сторон и левой руки. Суставно-мышечное чувство сохранено. Рубцы на коже левого плеча от якобы ожогов при прикосновении к батарее водяного отопления. Сила мышц сохранена. Сухожильные рефлексy ног равномерно повышены. Патологические стопные знаки. Деформация левых лучезапястного и локтевого суставов. МРТ шейного отдела спинного мозга: расширение центрального канала.

Вопросы:

1. Неврологические синдромы.
2. Топический диагноз.
3. Клинический диагноз.

Задача 12. 44 лет. 2 месяца тому назад получил ножевой удар в спину, после чего возникло расстройство движений в ногах, нарушение мочеиспускания. От операции по поводу травмы сразу отказался. Расстройство постепенно регрессировало. Ровный кожный рубец длиной 4 см кнутри от правого угла лопатки. Выраженная слабость правой ноги. Патологические стопные рефлексы справа. Болевая анестезия с уровня реберной дуги слева. Тазовой дисфункции нет. МРТ грудного отдела спинного мозга: очаговые кистозные изменения на уровне позвонка Th7.

Вопросы.

1. Неврологические синдромы.
2. Топический диагноз.
3. 3. Клинический диагноз.

Задача 13. Пациент З., 56 лет. Около 2 лет во время ночного сна возникало чувство покалывания и неприятного онемения пальцев рук, в связи с чем вынуждена была встать и долго ходить до прекращения ощущений. В последние 1,5 месяца появилась отечность кисти. При исследовании обнаружена пастозность кистей, болевая гипестезия ладонной поверхности 1-3 пальцев с обеих сторон. Болезненность глубокой пальпации карпальной связки с провокацией парестезий в пальцах.

Вопросы.

1. Неврологические синдромы.
2. Топический диагноз.
3. Клинический диагноз.

Задача 14. Пациент И., 43 лет. Жалобы на онемение тыла стопы, «отвисание» стопы, в связи с чем нарушилась походка. Расстройство возникло неделю назад, накануне долго работал «на корточках». Гипотрофия передней и наружной групп мышц правой голени. Правая стопа отвисает. Невозможно тыльное сгибание пальцев стопы и пальцев. Понижение чувствительности на наружной поверхности голени и тыла стопы. Болезненность головки малоберцовой кости. Ахиллов рефлекс сохранен. При стимуляционной электронейромиографии определяется снижение скорости проведения импульса по правому общему малоберцовому нерву.

Вопросы.

1. Неврологические синдромы.
2. Топический диагноз.
3. Клинический диагноз.

Задача 15. М., 32 лет. Жалобы на онемение кистей рук, стоп, расстройство походки - шаткость при ходьбе, особенно в сумерках. Имеет многолетний стаж работы на фармацевтическом производстве. Несколько раз возникали эпизоды беспричинной диареи со спастическими болями в животе. Болевая и суставно-мышечная гипестезия кистей и стоп. Атаксия с нарушением мелких движений в кистях. Западение межкостных промежутков кистей. Снижена сила мышц рук. Болезненность пальпации проекции срединных нервов на предплечье.

Вопросы.

1. Неврологические синдромы.
2. Топический диагноз.
3. Клинический диагноз.

Задача 16. Н., 43 года. Жалобы на тошноту, рвоту, головную боль, боли в животе, невозможность удерживать голову вертикально. слабость в руках и ногах, онемение рук, пошатывание при ходьбе. По ошибке утром вместо этанола употребил пол стакана раствора хлорофоса. Миоз с фотоарексией. Гнусавый оттенок голоса. Дужковые рефлексы не вызываются. Поперхивается при глотании. Фибриллярные подергивания мышц надплечий. Голова наклонена вперед, долго голову не удерживает. Слабость мышц рук и ног, преимущественно кистей и стоп. Сухожильные рефлексы не вызываются. Мышечный тонус рук и ног снижен. Болевая и суставно-мышечная гипестезия кистей и стоп.

Вопросы.

1. Неврологические синдромы.
2. Топический диагноз.
3. Клинический диагноз.

Задача 17. Пациент А-н., рабочий. При подъеме тяжести внезапно возникли сильная головная боль, боль в спине и межлопаточной области, шум в ушах. Затем появилась рвота. Утратил сознание на несколько минут. Госпитализирован в клинику. Травму головы отрицает. Объективно: тоны сердца чистые, акцент 2-го тона на аорте. АД — 180/110 мм рт. ст. Пульс 52 удара в минуту, ритмичный, напряженный. Температура 38°. Больной возбужден, дезориентирован, пытается встать с постели несмотря на запреты. Общая гиперестезия. Определяются выраженная ригидность мышц затылка и симптом Кернига с обеих сторон. Птоз справа. Глазное дно: вены извиты и слегка расширены, артерии резко сужены, диски зрительных нервов отечны, границы их нечетки. Правый зрачок шире левого. Реакция на свет правого зрачка отсутствует, левого живая. Правое глазное яблоко отведено кнаружи, движения его вверх, внутрь и вниз ограничены. Парезов конечностей нет. Анализ крови: СОЭ - 8 мм/ч, лейкоциты – $10 \cdot 10^9$ /л. В спинномозговой жидкости равномерная примесь крови в трех пробирках, белок - 1,2 г/л, цитоз – 240 в 1 мкл (эритроциты). МРТ – наружная гидроцефалия. Спустя две недели после попытки встать с постели у больного усилилась головная боль и увеличилась ригидность мышц затылка. Описать клинические синдромы. Определить и обосновать топический диагноз. Установить предварительный клинический диагноз.

Задача 18. Пациент А-н., рабочий. При подъеме тяжести внезапно возникли сильная головная боль, боль в спине и межлопаточной области, шум в ушах. Затем появилась рвота. Утратил сознание на несколько минут. Госпитализирован в клинику. Травму головы отрицает. Объективно: тоны сердца чистые, акцент 2-го тона на аорте. АД — 180/110 мм рт. ст. Пульс 52 удара в минуту, ритмичный, напряженный. Температура 38°. Больной возбужден, дезориентирован, пытается встать с постели несмотря на запреты. Общая гиперестезия. Определяются выраженная ригидность мышц затылка и симптом Кернига с обеих сторон. Птоз справа. Глазное дно: вены извиты и слегка расширены, артерии резко сужены, диски зрительных нервов отечны, границы их нечетки. Правый зрачок шире левого. Реакция на свет правого зрачка отсутствует, левого живая. Правое глазное яблоко отведено кнаружи, движения его вверх, внутрь и вниз ограничены. Парезов конечностей нет. Анализ крови: СОЭ - 8 мм/ч, лейкоциты – $10 \cdot 10^9$ /л. В спинномозговой жидкости равномерная примесь крови в трех пробирках, белок - 1,2 г/л, цитоз – 240 в 1 мкл (эритроциты). МРТ – наружная гидроцефалия. Спустя две недели после попытки встать с постели у больного усилилась головная боль и увеличилась ригидность мышц затылка. Описать клинические синдромы. Определить и обосновать топический диагноз. Установить предварительный клинический диагноз.