

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО НАУКИ, ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И ИННОВАЦИЙ
Кыргызской Республики

МОО ВО Кыргызско-Российский Славянский университет
имени первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина



Неврология

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой
Учебный план

Неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики
о310842_17_12НЕВР.pIx
Специальность 31.08.42 Неврология

Форма обучения **очная**
Общая трудоемкость **25 ЗЕТ**

Часов по учебному плану	900	Виды контроля в семестрах: экзамены 4 зачеты с оценкой 1, 2,3
в том числе:		
Аудиторные занятия	- 600	
Самостоятельная работа	264	
Экзамены	36	

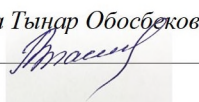
Программу составили: зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики, к.м.н., доцент
Мусабекова Т.О., к.м.н., доцент, Василенко В. В.

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	1(1.1)		2(1.2)		3(2.1)		4 (2.2)		Итого	
	Неделя		19		22		16			
Вид занятий	УП	РПД	УП	РИД	УП	РИД	УП	РПД	УН	РИД
Лекции	10	10	10	10	10	10	К)	10	40	40
Практические	116	116	116	116	116	116	54	54	402	402
Итого ауд.	126	126	126	126	126	126	64	64	442	442
Контактная работа	126	126	126	126	126	126	64	64	442	442
Сам. работа	125,7	125,7	125,7	125,7	90	90	44	44	385,4	385,4
Часы на контроль	0,3	0,3	0,3	0,3	36	36	36	36	72,6	72,6
Итого	252	252	252	252	252	252	144	144	900	900

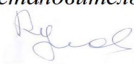
Программу составил(и):

заведующая кафедрой, к.м.н, доцент, Мусабекова Тынзар Обосбековна
к.м.н., доцент, Василенко Виктория Викторовна



Рецензент(ы):

д.м.н., профессор, заместитель директора по науке Кыргызского Научно-исследовательского
института курортологии и восстановительного лечения,
Кулов Болот Бейшеналиевич



к.м.н, ответственная по ФПМО, доцент кафедры неврологии и клинической генетики им. А.М.
Мурзалиева, Кыргызской Государственной Медицинской Академии им. И.К.Ахунбаева,
Абитова Гульмира Касымовна



Рабочая программа дисциплины

Неврология

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.42 НЕВРОЛОГИЯ
(уровень подготовки кадров высшей квалификации). Приказ Минобрнауки России от 02 февраля 2022 №103

составлена на основании учебного плана:

Специальность 31.08.42 Неврология

утвержденного учёным советом вуза от 28.06.22 протокол № 11.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

Протокол от 24. 05. 2022г. № 10

Срок действия программы: 2022 - 2027 - уч.г.

Зав. кафедрой к.м.н., доцент Мусабекова Т.О.



Визирование ОПОП для исполнения в очередном учебном году
Председатель УМС _____ факультета
20 сентября 2023 г.
ОПОП пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2023-2024 учебном году

Протокол от _____ 2023 г. № 1
Зав. кафедрой _____
Зав. отдел
Руководитель ОПОП _____



Визирование ОПОП для исполнения в очередном учебном году
Председатель УМС _____ факультета
24 октября 2024 г.
ОПОП пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2024-2025 учебном году

Протокол от 24 октября 2024 г. № _____
Зав. кафедрой / Зав. отдел



Визирование ОПОП для исполнения в очередном учебном году
Председатель УМС _____ факультета
_____ 20 ____ г.
ОПОП пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2025-2026 учебном году

Протокол от _____ 20 ____ г. № _____
Зав. кафедрой / Зав. отдел

Визирование ОПОП для исполнения в очередном учебном году
Председатель УМС _____ факультета
_____ 20 ____ г.
ОПОП пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 20 ____ -20 ____ учебном году

Протокол от _____ 20 ____ г. № _____
Зав. кафедрой _____

Визирование ОПОП для исполнения в очередном учебном году
Председатель УМС _____ факультета
_____ 20 ____ г.
ОПОП пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 20 ____ -20 ____ учебном году

Протокол от _____ 20 ____ г. № _____
Зав. кафедрой _____

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	Целью освоения дисциплины является подготовка квалифицированного врача-специалиста невролога, обладающего системой знаний и умений, компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях.
1.2	Задачами освоения дисциплины являются:
1.3	профилактическая деятельность: предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
1.4	участие в проведении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
1.5	проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп и ее влияния на состояние их здоровья;
1.6	диагностическая деятельность: диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования; диагностика неотложных состояний; проведение медицинской экспертизы;
1.7	лечебная деятельность: оказание специализированной медицинской помощи; участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях;
1.8	реабилитационная деятельность: проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения; оказание паллиативной помощи

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.Б
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Обучающийся должен успешно освоить программу по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета) или 31.05.01 Педиатрия (уровень специалитета)
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Медицинская реабилитация
2.2.2	Нейроофтальмология
2.2.3	Нейрореанимация
2.2.4	Нейроэндокринология
2.2.5	Основы менеджмента в здравоохранении
2.2.6	Отоневрология
2.2.7	Клиническая практика

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)
ПК-1: способность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов неврологических заболеваний, установление диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
Знать: клиническую симптоматику и патогенез основных неврологических заболеваний у взрослых и детей; методы лабораторной и инструментальной диагностики основных неврологических заболеваний; формулировки диагноза основных неврологических заболеваний в соответствии с требованиями международной классификации болезней
Уметь: применять объективные методы обследования больного, выявлять общие и специфические признаки заболевания; обосновать назначения необходимого инструментального и лабораторного исследования для определения степени тяжести поражения нервной системы.
Владеть: методикой выявления симптомов и синдромов основных неврологических заболеваний; постановкой и обоснованием топического и клинического диагнозов согласно существующим классификациям; навыками проведения дифференциальной диагностики с интерпретацией современных методов исследования

ПК-2: способность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи

Знать: современные принципы и методы лечения неврологических заболеваний; алгоритмы лечения основных неврологических заболеваний; фармакодинамику и фармакокинетику основных групп лекарственных препаратов, применяемых в неврологии;

Уметь: определить объем необходимых лечебных мероприятий при неврологических заболеваниях; обосновать и применять основные методы лечения неврологических больных

Владеть: методикой оказания медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах; навыками организации лечебного процесса на различных этапах и при неотложных, угрожающих жизни состояниях и оказание паллиативной помощи; методами терапии неврологических заболеваний согласно клиническим протоколам

ПК-3: способность к проведению комплексной медицинской реабилитации пациентов с неврологическими заболеваниями и оценке возможностей пациента осуществлять трудовую деятельность

Знать: основы медицинской реабилитации и принципы санаторно-курортного лечения; методы и средства медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения,

Уметь: составить реабилитационные комплексы и определять показания и противопоказания к назначению немедикаментозных методов и оценить их эффективность для больных с неврологическими заболеваниями

Владеть навыками назначения немедикаментозных методов лечения больным неврологического профиля; создания необходимых реабилитационных комплексов с учетом формы, стадии и фазы заболевания; алгоритмом оценки эффективности реабилитационных программ у больных неврологического профиля

ПК-4: способность к осуществлению комплекса мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний и состояний нервной системы, направленных на сохранение и укрепление здоровья и формирование здорового образа жизни.

Знать: основы законодательства по охране здоровья населения; основы страховой медицины в РФ и КР; основы профилактики неврологических заболеваний и санитарно просветительной работы в неврологии; принципы и методы формирования здорового образа жизни у населения;

Уметь: проводить профилактическую и санитарно-просветительскую работу среди населения; проводить санитарно-просветительную работу по профилактике неврологических расстройств; оказывать консультативную помощь врачам по раннему выявлению неврологических заболеваний.

Владеть методами проведения профилактической и санитарно-просветительской работы среди населения; основными моделями профилактики (медицинской, образовательной, неврологической); навыками организации условий для проведения профилактической работы в неврологических отделениях и первичном звене здравоохранения

ПК-5: способность разрабатывать план оказания паллиативной помощи неврологическим больным с учетом тяжести состояния, прогноза заболевания, социального положения, а также индивидуальных потребностей в соответствии с действующими нормативно-правовыми документами.

Знать: - основы паллиативной медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы; - показания к оказанию паллиативной медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы; - нормативно-правовые документы по оказанию паллиативной помощи

Уметь: - оценивать тяжесть состояния пациента с заболеванием и (или) состоянием нервной системы, получающим паллиативную медицинскую помощь; - обосновывать схему, план и тактику ведения пациента с заболеванием и (или) состоянием нервной системы, получающего паллиативную медицинскую помощь -предусматривать возможные осложнения и осуществлять их профилактику

Владеть Проведением комплексных мероприятий, направленных на избавление от боли и облегчение тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни пациента с заболеванием и (или) состоянием нервной системы, включая консультирование родственников пациента по навыкам и организации индивидуального ухода за пациентом, получающим паллиативную медицинскую помощь

ПК-6: способность к проведению медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз в отношении пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы

Знать: нормативно-правовые акты и порядок проведения медицинских освидетельствований и экспертиз при заболеваниях и состояниях нервной системы

Уметь: определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функции организма, обусловленного заболеваниями и (или) состояниями, связанными с дефектами нервной системы; выносить медицинские заключения по результатам экспертизы и освидетельствования неврологических больных и направлять их на медико-социальную экспертизу.

Владеть навыками проведения медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз пациентов с неврологической патологией, подготовкой и оформлением необходимой медицинской документации по результатам проведенных экспертизы или освидетельствования, в т.ч и для медико-социальной экспертизы

ПК- 7: Способность принять участие в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей, ведение медицинской документации по профилю «неврология», в том числе в электронном виде

Знать: -составление плана работы и отчета о своей работе;
-медицинскую документацию, в том числе в электронном виде;
-правила информационной безопасности в профессиональной деятельности;

Уметь: -определить правильность выбора медицинской технологии;
-степень достижения запланированного результата;

Владеть: -методикой оценки типовых медико-статистических показателей.

ПК-8: Способность оценить и распознать состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в экстренной форме с применением лекарственных препаратов и медицинских изделий; выполнение мероприятий базовой сердечно-легочной реанимации, оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам, при состояниях представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти.

Знать: - методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их родственников или законных представителей);
-клинические синдромы, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме;
-лекарственные препараты и медицинские изделия для оказания экстренной медицинской помощи.

Уметь: -распознать состояния, представляющие угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме;

Владеть: -навыками проведения базовой легочно-сердечной реанимации .
-навыками применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	клиническую симптоматику и патогенез основных неврологических заболеваний у взрослых и детей; методы лабораторной и инструментальной диагностики основных неврологических заболеваний; формулировки диагноза основных неврологических заболеваний в соответствии с требованиями международной классификации болезней
3.1.2	современные принципы и методы лечения неврологических заболеваний; алгоритмы лечения основных неврологических заболеваний; фармакодинамику и фармакокинетику основных групп лекарственных препаратов, применяемых в неврологии;
3.1.3	основы медицинской реабилитации и принципы санаторно-курортного лечения; методы и средства медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения,
3.1.4	основы законодательства по охране здоровья населения; основы страховой медицины в РФ и КР; основы профилактики неврологических заболеваний и санитарно просветительной работы в неврологии; принципы и методы формирования здорового образа жизни у населения;
3.1.5	основы паллиативной медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы; - показания к оказанию паллиативной медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы; -нормативно-правовые документы по оказанию паллиативной помощи
3.1.6	нормативно-правовые акты и порядок проведения медицинских освидетельствований и экспертиз при заболеваниях и состояниях нервной системы
3.1.7	-составление плана работы и отчета о своей работе; -медицинскую документацию, в том числе в электронном виде; -правила информационной безопасности в профессиональной деятельности;
3.1.8	методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их родственников или законных представителей); -клинические синдромы, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме;
3.2	Уметь:
3.2.1	применять объективные методы обследования больного, выявлять общие и специфические признаки заболевания; обосновать назначения необходимого инструментального и лабораторного исследования для определения степени тяжести поражения нервной системы.
3.2.2	определить объем необходимых лечебных мероприятий при неврологических заболеваниях; обосновать и применять основные методы лечения неврологических больных
3.2.3	составить реабилитационные комплексы и определять показания и противопоказания к назначению немедикаментозных методов и оценить их эффективность для больных с неврологическими заболеваниями
3.2.4	проводить профилактическую и санитарно-просветительскую работу среди населения; проводить санитарно-просветительную работу по профилактике неврологических расстройств; оказывать консультативную помощь врачам по раннему выявлению неврологических заболеваний.
3.2.5	оценивать тяжесть состояния пациента с заболеванием и (или) состоянием нервной системы, получающим паллиативную медицинскую помощь; - обосновывать схему, план и тактику ведения пациента с заболеванием и (или) состоянием нервной системы, получающего паллиативную медицинскую помощь -предусматривать возможные осложнения и осуществлять их профилактику

3.2.6	определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функции организма, обусловленного заболеваниями и (или) состояниями, связанными с дефектами нервной системы; выносить медицинские заключения по результатам экспертизы и освидетельствования неврологических больных и направлять их на медико-социальную экспертизу.
3.2.7	определить правильность выбора медицинской технологии; - степень достижения запланированного результата;
3.2.8	распознать состояния, представляющие угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме
3.3 Владеть:	
3.3.1	методикой выявления симптомов и синдромов основных неврологических заболеваний; постановкой и обоснованием топического и клинического диагнозов согласно существующим классификациям; навыками проведения дифференциальной диагностики с интерпретацией современных методов исследования
3.3.2	методикой оказания медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах; навыками организации лечебного процесса на различных этапах и при неотложных, угрожающих жизни состояниях и оказание паллиативной помощи; методами терапии неврологических заболеваний согласно клиническим протоколам
3.3.3	навыками назначения немедикаментозных методов лечения больным неврологического профиля; создания необходимых реабилитационных комплексов с учетом формы, стадии и фазы заболевания; алгоритмом оценки эффективности реабилитационных программ у больных неврологического профиля
3.3.4	методами проведения профилактической и санитарно-просветительской работы среди населения; основными моделями профилактики (медицинской, образовательной, неврологической); навыками организации условий для проведения профилактической работы в неврологических отделениях и первичном звене здравоохранения
3.3.5	Проведением комплексных мероприятий, направленных на избавление от боли и облегчение тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни пациента с заболеванием и (или) состоянием нервной системы, включая консультирование родственников пациента по навыкам и организации индивидуального ухода за пациентом, получающим паллиативную медицинскую помощь
3.3.6	навыками проведения медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз пациентов с неврологической патологией, подготовкой и оформлением необходимой медицинской документации по результатам проведенных экспертизы или освидетельствования, в т.ч и для медико-социальной экспертизы
3.3.7	методикой оценки типовых медико-статистических показателей.
3.3.8	навыками проведения базовой легочно-сердечной реанимации . - навыками применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	НЕВРОЛОГИЯ – 1 (21 зет)						
	Раздел 1. Топическая диагностика. Чувствительные нарушения.						
1.1	Поражение мозговых оболочек и изменения спинномозговой жидкости. /Лек/	1	1	ПК - 1	Л1.1 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Э1 Э4	0	
1.2	Чувствительные нарушения. Поражение мозговых оболочек и изменения спинномозговой жидкости.	1	12	ПК - 1	Л1.1 Л2.4 Л2.19 Л3.1 Л3.2 Э1 Э4	0	
1.3	Чувствительные нарушения. Поражение мозговых оболочек и изменения спинномозговой жидкости.	1	12	ПК - 1	Л1.1 Л1.5 Л2.4 Л2.19 Л3.1 Л3.2 Э1 Э4	0	
	Раздел 2. Топическая диагностика. Двигательные нарушения.						
2.1	Двигательные нарушения /Лек/	1	1	ПК - 1	Л1.1 Л1.5 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Э1 Э4	0	
2.2	Двигательные нарушения /Пр/	1	8	ПК - 1	Л1.1 Л1.5 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Э1 Э3	0	
2.3	Двигательные нарушения /Ср/	1	12	ПК - 1	Л1.1 Л1.5 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Э1 Э4	0	
	Раздел 3. Топическая диагностика. Экстрапирамидные нарушения						
3.1	Экстрапирамидные нарушения Координация движений и ее расстройства Поражение больших полушарий /Лек/	1	1	ПК - 1	Л1.2 Л1.5 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Э4	0	
3.2	Экстрапирамидные нарушения Координация движений и ее расстройства Поражение больших полушарий /Пр/	1	14	ПК - 1	Л1.1 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Э1 Э4	0	
3.3	Экстрапирамидные нарушения Координация движений и ее расстройства Поражение больших полушарий /Ср/	1	14	ПК - 1	Л1.1 Л2.4 Л3.2 Л3.1 Э4	0	
	Раздел 4. Топическая диагностика. Поражение черепно-мозговых нервов, ствола и спинного мозга.						
4.1	Поражение черепных нервов Синдромы сочетанного поражения черепных нервов /Лек/	1	1	ПК - 1	Л1.1 Л1.5 Л2.14 Л3.1 Л3.2 Э4	0	
4.2	Поражение черепных нервов Синдромы сочетанного поражения черепных нервов /Пр/	1	16	ПК - 1	Л1.1 Л1.5 Л2.14 Л3.2 Л3.1 Э4	0	Использование наглядных пособий, демонстрационных плакатов

4.3	Поражение черепных нервов Синдромы сочетанного поражения черепных нервов /Ср/	1	12	ПК - 1	Л1.1 Л1.5 Л2.4 Л2.5 Л3.2 Л3.1 Э1	0	
4.4	Поражение ствола мозга Поражение спинного мозга /Лек/	1	1	ПК - 1	Л1.1 Л1.5 Л2.4 Л2.14 Л3.1 Э1	0	
4.5	Поражение ствола мозга Поражение спинного мозга /Пр/	1	10	ПК - 1	Л1.1 Л1.5 Л2.5 Л2.14 Л3.1 Э1	0	
4.6	Поражение ствола мозга Поражение спинного мозга /Ср/	1	10	ПК - 1	Л1.1 Л2.14 Л3.1 Э15 Э16	0	
Раздел 5. Топическая диагностика. Поражение периферической нервной системы.							
5.1	Поражение периферической нервной системы /Лек/	1	1	ПК - 1	Л1.2 Л1.1 Л3.1 Э15 Э16	0	
5.2	Поражение периферической нервной системы /Пр/	1	12	ПК - 1	Л1.1 Л1.2 Л2.5 Л3.1 Э15 Э16	0	
5.3	Поражение периферической нервной системы /Ср/	1	16	ПК - 1	Л1.1 Л1.2 Л2.5 Л3.1 Э20	0	
Раздел 6. Топическая диагностика. Вегетативные нарушения.							
6.1	Нарушение тазовых функций. Поражение лимбико-гипоталамо-ретикулярного комплекса. Вегетативные нарушения. /Лек/	1	1	ПК - 1	Л1.1 Л2.5 Л3.1 Л3.2 Э20 Э21	0	
6.2	Нарушение тазовых функций. Поражение лимбико-гипоталамо-ретикулярного комплекса. Вегетативные нарушения. /Пр/	1	14	ПК - 1	Л1.1 Л1.2 Л2.5 Л3.1 Л3.2 Э20 Э21	0	
6.3	Нарушение тазовых функций. Поражение лимбико-гипоталамо-ретикулярного комплекса. Вегетативные нарушения. /Ср/	1	16	ПК - 1	Л1.1 Л1.2 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Э20 Э21	0	
Раздел 7. Общая неврология. Методы изучения деятельности нервной системы							
7.1	Клинико-нейрофизиологические методы исследования. /Лек/	1	1	ПК - 1	Л1.4 Л2.3 Л2.26 Л2.27 Э20	0	
7.2	Клинико-нейрофизиологические методы исследования. Глазное дно в неврологической практике. /Пр/	1	10	ПК - 1	Л1.4 Л2.3 Л2.26 Л2.27 Э20	0	интерпретации ЭЭГ, ЭЭГ мониторинга, ЭНМГ, КИГ, УЗДГ, дуплекс, изменений глазного дна.
7.3	Клинико-нейрофизиологические методы исследования. /Ср/	1	12	ПК - 1	Л1.4 Л2.3 Л2.26 Л2.27 Э20 Э21	0	
7.4	Нейровизуализационные методы исследования. Краниограмма, спондилограмма. /Лек/	1	1	ПК - 1	Л1.4 Л2.3 Л2.26 Л2.27 Э20 Э21	0	

7.5	Нейровизуализационные методы исследования. Краниограмма, спондилограмма. /Пр/	1	10	ПК - 1	Л1.4 Л2.3 Л2.26 Л2.27 Э20 Э21	0	расшифровка и клиническая интерпретация результатов нейровизуализационных (КТ, МРТ) методов исследования, рентгенограмм
7.6	Нейровизуализационные методы исследования. Краниограмма, спондилограмма. /Ср/	1	12	ПК - 1	Л1.4 Л2.3 Л2.26 Л2.27	0	
7.7	Лабораторные методы исследования /Лек/	1	1	ПК - 1	Л1.4 Л1.1 Л2.3 Э1 Э4	0	
7.8	Лабораторные методы исследования /Пр/	1	10	ПК - 1	Л1.4 Л2.3 Э1 Э4	0	
7.9	Лабораторные методы исследования /Ср/	1	12	ПК - 1	Л1.4 Л2.3 Л2.4 Э1 Э4	0	
7.10	/ЗачётСОц/	1	0	ПК - 1	Л1.1 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Э1	0	Тест; Теоретическое задание; Ситуационная задача; Подведение итогов по курации больных
Раздел 8. Частная неврология. Сосудистые заболевания нервной системы.							
8.1	Сосудистые заболевания нервной системы. /Лек/	2	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5	Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.23 Л3.3 Л3.4 Э3 Э6 Э7 Э9 Э14	0	
8.2	Сосудистые заболевания нервной системы. /Пр/	2	26	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.23 Л3.3 Л3.4 Л3.7 Э3 Э6 Э14	0	Использование наглядных пособий, данных нейровизуализационного исследования, рентгенограмм
8.3	Сосудистые заболевания нервной системы. /Ср/	2	25,7	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.23 Л3.3 Л3.4 Л3.7 Э3 Э4 Э6 Э8 Э9 Э14	0	
Раздел 9. Частная неврология. Инфекции нервной системы.							
9.1	Инфекции нервной системы. /Лек/	2	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4	Л1.4 Л2.3 Л2.5 Э9	0	
9.2	Инфекции нервной системы. /Пр/	2	16	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4	Л1.4 Л2.5 Л2.25 Э8	0	Проведение лумбальной пункции
9.3	Инфекции нервной системы. /Ср/	2	20	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4	Л1.4 Л2.5 Л2.25 Э10	0	

	Раздел 10. Частная неврология. Демиелинизирующие заболевания нервной системы.						
10.1	Демиелинизирующие заболевания нервной системы (рассеянный склероз, лейкоэнцефалиты). /Лек/	2	1	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.2 Л2.19 Л2.25 Л2.28 Э15	0	
10.2	Демиелинизирующие заболевания нервной системы (рассеянный склероз, лейкоэнцефалиты). /Пр/	2	12	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.2 Л2.19 Л2.25 Л2.28 Э16	0	
10.3	Демиелинизирующие заболевания нервной системы (рассеянный склероз, лейкоэнцефалиты). /Ср/	2	14	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.2 Л2.19 Л2.25 Л2.28 Л3.6 Э18 Э21	0	
	Раздел 11. Частная неврология. Опухоли центральной нервной системы.						
11.1	Опухоли центральной нервной системы. /Лек/	2	1	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7	Л1.2 Л1.6 Л2.8 Л2.21 Э18 Э20 Э21	0	
11.2	Опухоли центральной нервной системы. /Пр/	2	10	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7	Л1.2 Л1.6 Л2.8 Л2.21 Л2.22 Э4 Э7	0	
11.3	Опухоли центральной нервной системы. /Ср/	2	12	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7	Л1.2 Л1.6 Л2.8 Л2.21 Л2.22 Э7 Э10	0	
	Раздел 12. Частная неврология. Травматическое поражение нервной системы						
12.1	Травматическое поражение нервной системы /Лек/	2	1	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.2 Л1.6 Л2.7 Л2.21 Э5 Э8 Э9	0	
12.2	Травматическое поражение нервной системы /Пр/	2	12	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.2 Л1.6 Л2.7 Л2.21 Э10	0	
12.3	Травматическое поражение нервной системы /Ср/	2	16	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.2 Л1.6 Л2.7 Л2.21 Л2.22 Э7	0	
	Раздел 13. Частная неврология. Нейро-мышечные заболевания.						
13.1	Нейро-мышечные заболевания /Лек/	2	1	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7	Л1.3 Л2.20 Э5	0	
13.2	Нейро-мышечные заболевания /Пр/	2	12	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7	Л1.3 Л2.15 Л2.20 Л3.5 Э5 Э13	0	выполнение прозеринового теста при диагностике миастении
13.3	Нейро-мышечные заболевания /Ср/	2	16	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7	Л1.3 Л2.20 Л2.17 Э5 Э13	0	

	Раздел 14. Частная неврология. Заболевания периферической нервной системы.						
14.1	Заболевания периферической нервной системы. Боковой амиотрофический склероз (болезни переднего мотонейрона) /Лек/	2	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.4 Л2.12 Л2.3 Л2.5 Э11 Э12	0	
14.2	Заболевания периферической нервной системы. Боковой амиотрофический склероз (болезни переднего мотонейрона) /Пр/	2	28	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.4 Л2.12 Л2.3 Л2.5 Э11 Э12 Э15 Э16	0	
14.3	Заболевания периферической нервной системы. Боковой амиотрофический склероз (болезни переднего мотонейрона) /Ср/	2	22	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.4 Л2.12 Л2.3 Л2.5 Э17 Э18	0	
14.4	/ЗачётСОц/	2	0	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.4 Л2.3 Э1 Э4	0	Тест; Теоретическое задание; Ситуационная задача; Подведение итогов по курации больных
	Раздел 15. Частная неврология. Дегенеративные заболевания						
15.1	Дегенеративные заболевания /Лек/	3	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.4 Л2.10 Л2.12 Л2.24 Э12		
15.2	Дегенеративные заболевания /Пр/	3	18	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.4 Л2.10 Л2.24 Э12 Э19		
15.3	Дегенеративные заболевания /Ср/	3	16	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.4 Л2.10 Л2.11 Л2.24 Э12 Э17 Э19 Э20 Э21		
	Раздел 16. Частная неврология. Головные и лицевые боли						
16.1	Головные и лицевые боли /Лек/	3	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.4 Л2.9 Л2.25 Э16 Э17	0	
16.2	Головные и лицевые боли /Пр/	3	18	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.4 Л2.9 Л2.25 Э16 Э17 Э18	0	
16.3	Головные и лицевые боли /Ср/	3	16	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.4 Л2.9 Л2.25 Э15 Э16 Э17	0	

	Раздел 17. Частная неврология. Эпилепсия						
17.1	Эпилепсия /Лек/	3	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.4 Л1.2 Л2.6 Л2.25 Л3.8 Э20 Э21	0	
17.2	Эпилепсия /Пр/	3	20	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.2 Л2.6 Л2.25 Л3.8 Э20 Э21	0	расшифровка и клиническая интерпретация результатов ЭЭГ исследования
17.3	Эпилепсия /Ср/	3	18	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.2 Л2.6 Л2.25 Л3.8 Э20 Э21	0	
	Раздел 18. Частная неврология. Наследственные и врожденные заболевания ЦНС.						
18.1	Наследственные и врожденные заболевания ЦНС. /Лек/	3	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.3 Л2.17 Л2.11 Э15 Э16	0	
18.2	Наследственные и врожденные заболевания ЦНС. /Пр/	3	12	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.3 Л2.16 Л2.17 Э4 Э5 Э15 Э16	0	
18.3	Наследственные и врожденные заболевания ЦНС. /Ср/	3	10	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.3 Л2.17 Л2.18 Э1 Э2 Э4 Э5	0	
	Раздел 19. Частная неврология. Соматоневрологические синдромы. Нарушения сна.						
19.1	Соматоневрологические синдромы /Пр/	3	20	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.3 Л2.15 Э1	0	
19.2	Соматоневрологические синдромы /Ср/	3	10	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.3 Л2.15 Э1	0	
19.3	Нарушение цикла "Сон- бодрствования" /Лек/	3	1	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5	Л1.4 Л2.5 Э2 Э3	0	
19.4	Нарушения цикла «Сон-бодрствование» /Пр/	3	9	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.4 Л2.19 Л2.5 Э2 Э4	0	
19.5	Нарушения цикла «Сон-бодрствование» /Ср/	3	5	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.4 Л2.19 Л2.5 Э2 Э4	0	
	Раздел 20. Частная неврология. Деменции и интоксикации.						
20.1	Интоксикации Деменции /Пр/	3	9	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.4 Л2.19 Л2.5 Э2 Э4	0	
20.2	Интоксикации Деменции /Ср/	3	5	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.4 Л2.20 Л2.5 Э2 Э4	0	

	Раздел 21. Частная неврология. Возрастные аспекты неврологических заболеваний						
21.1	Возрастные аспекты неврологических заболеваний /Лек/	3	1	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.4 Л2.19 Л2.5Л3.2 Л3.8 Э2 Э4		
21.2	Возрастные аспекты неврологических заболеваний /Пр/	3	10	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.4 Л2.19 Л2.5Л3.2 Л3.8 Э2 Э4		
21.3	Возрастные аспекты неврологических заболеваний /Ср/	3	6	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.4 Л2.19 Л2.5Л3.2 Л3.8 Э2 Э4		
21.4	/ЗачётСОц/	3	35,5	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.3 Л1.2 Л1.4 Л2.5 Э16 Э18	0	Тест; Теоретическое задание; Ситуационная задача; Подведение итогов по курации больных
НЕВРОЛОГИЯ -2							
	Раздел 1 . Частные неврологические синдромы. Синдромы поражения						
1.1	Акинетико-ригидный синдром. Миоклонус. Синдром патологического положения головы. Хорея. Тремор. Лицевые гиперкинезы /Пр/	4	4	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л2.5 Л2.25 Э16 Э18 Э19	0	
1.2	Акинетико-ригидный синдром. Миоклонус. Синдром патологического положения головы. Хорея. Тремор. Лицевые гиперкинезы /Ср/	4	4	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л2.5 Л2.25 Э15 Э16 Э18 Э19	0	
1.3	Головокружение /Лек/	4	1	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л2.5 Л2.25 Э11	0	
1.4	Атаксии, головокружение /Пр/	4	4	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л2.5 Л2.3 Э11	0	
1.5	Атаксии, головокружение /Ср/	4	4	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л2.25 Э10 Э11	0	
1.6	Поражение мотонейрона (нижнего и верхнего). Гемиплегия. Эпизоды преходящих парезов конечностей Параплегия нижняя спастическая /Пр/	4	6	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л2.3 Л2.5 Л2.25 Э9 Э15	0	
1.7	Поражение мотонейрона (нижнего и верхнего). Гемиплегия. Эпизоды преходящих парезов конечностей Параплегия нижняя спастическая /Ср/	4	4	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л2.25 Э15 Э16	0	

1.8	Миопатический синдром /Лек/	4	1	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.4 Л2.5 Л2.25 Э15 Э16	0	
1.9	Миопатический синдром Мышечной слабости синдром Миотонические синдромы /Пр/	4	6	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л2.5 Л2.25 Э15 Э16	0	
1.10	Миопатический синдром Мышечной слабости синдром Миотонические синдромы /Ср/	4	4	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л2.5 Э15 Э16	0	
1.11	Односторонняя слабость лицевой мускулатуры /Пр/	4	6	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4	Л1.4 Л2.9 Л2.25 Э15 Э16	0	
1.12	Односторонняя слабость лицевой мускулатуры /Ср/	4	6	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4	Л1.4 Л2.9 Л2.25 Э15 Э16	0	
1.13	Полинейропатический синдром /Лек/	4	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4	Л1.4 Л2.9 Э15 Э16	0	
1.14	Полинейропатический синдром /Пр/	4	6	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4	Л1.4 Л2.9 Л2.25 Э15	0	
1.15	Полинейропатический синдром /Ср/	4	8	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4	Л1.4 Л2.9 Л2.25 Э15 Э18	0	
1.16	Острая наружная офтальмоплегия. Острое ухудшение зрения /Лек/	4	1	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4	Л1.4 Л2.9 Л2.11 Э18 Э20 Э21	0	
1.17	Острая наружная офтальмоплегия. Острое ухудшение зрения /Пр/	4	6	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4	Л1.4 Л2.9 Л2.25 Э20 Э21	0	
1.18	Острая наружная офтальмоплегия. Острое ухудшение зрения /Ср/	4	4	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4	Л1.4 Л2.11 Э20 Э21	0	
	Раздел 2. Частные неврологические синдромы. Синдром вегетативной дистонии.						
2.1	Синдром вегетативной дистонии. Вегетативные пароксизмы. Гипоталамический синдром Гиперсомния. Синдром периферической вегетативной недостаточности Феномен Рейно /Лек/	4	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л2.19 Э2	0	
2.2	Синдром вегетативной дистонии. Вегетативные пароксизмы. Гипоталамический синдром Гиперсомния. Синдром периферической вегетативной недостаточности Феномен Рейно /Пр/	4	6	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.4 Л2.12 Л2.19 Л2.25 Э2	0	
2.3	Синдром вегетативной дистонии. Вегетативные пароксизмы. Гипоталамический синдром Гиперсомния. Синдром периферической вегетативной недостаточности Феномен Рейно /Ср/	4	8	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.4 Л2.19 Л2.25 Э1 Э2	0	

	Раздел 3. Болевые синдромы спины и конечностей. Менингеальный синдром Приступообразная головная боль						
3.1	Болевые синдромы спины и конечностей. Приступообразная головная боль /Лек/	4	2	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-8	Л1.4 Л2.19 Л2.25 Л2.29 Э17	0	
3.2	Болевые синдромы спины и конечностей. Менингеальный синдром Приступообразная головная боль /Пр/	4	6	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-8	Л1.4 Л2.5 Л2.10 Л2.29 Э17	0	
3.3	Болевые синдромы спины и конечностей. Менингеальный синдром Приступообразная головная боль /Ср/	4	6	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-8	Л1.4 Л2.5 Л2.10 Л2.29 Э17 Э18	0	
	Раздел 4. Частные неврологические синдромы. Судорожные синдромы.						
4.1	Эпилепсия. Судорожный синдром /Лек/	4	1	ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.4 Л1.2 Л2.6 Л2.25 Э20 Э21	0	
4.2	Эпилепсия. Судорожный синдром /Пр/	4	6	ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л2.6 Л2.25 Л3.6 Э20 Э21	0	
4.3	Эпилепсия. Судорожный синдром /Ср/	4	6	ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л2.6 Л2.25 Л3.6 Э20 Э21	0	
4.4	/Экзамен/	4	36	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Л1.4 Л1.1 Л1.5 Л2.5 Л2.3 Л2.19 Л2.25 Л2.28 Л2.29 Л3.1 Л3.5 Л3.8 Э1 Э4 Э5 Э7 Э20 Э21	0	Тест; Теоретическое задание; Ситуационная задача; Подведение итогов по курации больных

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕРКИ УРОВНЯ ОБУЧЕННОСТИ ЗНАТЬ

Примерный перечень тестовых заданий в ПРИЛОЖЕНИИ 1

Примерный перечень теоретических вопросов ПРИЛОЖЕНИИ 2

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕРКИ УРОВНЕЙ ОБУЧЕННОСТИ УМЕТЬ И ВЛАДЕТЬ

Примерный перечень ситуационных задач ПРИЛОЖЕНИИ 3

Клинический разбор больного и подведение итогов по истории болезни ПРИЛОЖЕНИИ 4

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Учебным планом не предусмотрено написание курсовой работы

5.3. Фондооценочных средств

Устный опрос, примерный перечень теоретических вопросов в ПРИЛОЖЕНИИ 2

Решение тестовых заданий, примерный перечень тестовых заданий в ПРИЛОЖЕНИИ 1

Решение ситуационных задач, примерный перечень ПРИЛОЖЕНИИ 3

Доклад с презентацией ПРИЛОЖЕНИИ 5

Курация больного (клинический разбор больного) ПРИЛОЖЕНИИ 4

Написание истории болезни ПРИЛОЖЕНИИ 4

5.4. Перечень видов оценочных средств

Устный опрос
Решение тестовых заданий
Решение ситуационных задач
Доклад с презентацией
Курация больного (клинический разбор больного)
Написание истории болезни
Перечень шкал оценивания по каждому виду оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ 6.

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Триумфов А.В	Топическая диагностика заболеваний нервной системы: учебник	МЕДпресс-информ" 2014
Л1.2	Гусев Е.И.	Неврология и нейрохирургия: учебник	Москва: ГЭОТАР-Медиа 2013
Л1.3	Бочков, Н.П.	Клиническая генетика: учебник для	Москва: Гэотар-мед 2013
Л1.4	Одинак М. М.	Нервные болезни : учебник	М. Медицина 2014
Л1.5	Бера М., Фротшера М.	Топический диагноз в неврологии по Петеру Дуусу : Анатомия. Физиология.	Москва : Практическая медицина 2015
Л1.6	Христиано Б. Луменга, Кончезио ДиРоссо, Йенс Хаасе, Ян Якоб А. Мозй	Нейрохирургия: Европейское руководство	М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний 2013
Л1.7	Гольдблат Ю.В.	Основы реабилитации неврологических больных: монография	СпецЛитРоссия 2017

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Котов С.В., Стаховская Л.В.	Инсульт: Руководство для врачей	МИА, 2014
Л2.2	Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шапаронова Н.В.	Реабилитация неврологических больных.: руководство	МЕДпресс-информ, 2014
Л2.3	Мументалер М.	Дифференциальный диагноз в неврологии :	МЕДпресс-информ 2014
Л2.4	Скоромец А. А., Скоромец А. П., Скоромец Т. А.	Топическая диагностика заболеваний нервной системы: руководство для врачей	Спб. 2010
Л2.5	Скоромец А.А, Скоромец А.П, Скоромец Т.А.	Нервные болезни: учебное пособие	Спб. 2010
Л2.6	Томас Р., Броун.	Эпилепсия: Клиническое руководство.	БИНОМ 2014
Л2.7	Лихтерман Л.Б.	Черепно-мозговая травма. Диагностика и лечение: клиническое руководство	ГЭОТАР-МЕД, 2014
Л2.8	Пачес А.И.	Опухоли головы и шеи: Клиническое руководство	Изд. Практическая медицина. М 2013
Л2.9	Персии Л.С., Шаров М.Н.	Стоматология. Нейростоматология. Дисфункции зубочелюстной системы:	М 2013
Л2.10	Пономарев В В.	Нейродегенеративные заболевания:	Фолиант, 2013
Л2.11	Шток В. Н.	Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы: справочник	Медицинское информационное агентство 2013
Л2.12	Рассел С.М.	Диагностика повреждения периферических нервов: монография	БИНОМ-Пресс, 2013
Л2.13	Деларю В.В.	Нейрофармакология:	2012
Л2.14	Биндер Д.К	Черепные нервы: анатомия, патология, визуализация: учебное пособие	Медпресс, 2014
Л2.15	Иллариошкин С.Н., Иванова-Смоленская И.А., Маркова Е.Д	ДНК-диагностика и медико-генетическое консультирование в неврологии: учебник	М.: Медицинское информационное агентство 2012
Л2.16	Петрухин А.С	Детская неврология : учебник	Москва: Гэотар-мед 2012
Л2.17	Гайнутдинов, И.К., Юровская	Медицинская генетика: Учебник	М. 2013

Л2.18	Зыков В. П.	Диагностика и лечение заболеваний нервной системы у детей: руководство	Триада-Х, 2013
Л2.19	Матвеев С.В.	Неврология.: Цикл лекций	М: МИА 2013
Л2.20	Бадалян Л.О.	Неврология	М., 2012
Л2.21	Крылов В.В.	Нейрохирургия и нейрореаниматология:	Москва, ИД "АБВ-пресс" 2018
Л2.22	Крылов В.В., Петриков С.С.,	Внутричерепная гипертензия: монография	Москва, Бином 2016
Л2.23	Ковальчук В.В.	Тактика и стратегия реабилитации пациентов, перенесших инсульт : монография	Санкт-Петербург: Тактик- Студи 2015
Л2.24	Ермолаева А.И., Баранова Г.А.	Вертеброгенные заболевания нервной системы: учебное пособие	Пенза 2015
Л2.25	Гусева Е.И., Коновалова А.Н., Скворцовой В.И., Гехт А.Б.	Неврология: Национальноеруководство	М 2018
Л2.26	Захарова Н.Е., Корниенко В.Н., Потапов А.А., Пронин И.Н.	Визуализация структурных и гемодинамических нарушений при травме мозга: монография	М 2013
Л2.27	Румболдт З.	КТ- и МРТ-визуализация головного мозга. Подход на основе изображений: монография	М: МЕДпресс-информ 2016
Л2.28	Шмидт Т.Е.	Рассеянный склероз: руководство для врачей	МЕДпресс-информРоссия 2018
Л2.29	Парфенов В.А.	Хроническая боль и ее лечение в	ГЭОТАР-МедиаРоссия 2018
Л2.30	Под редакцией Батышевой Т.Т.	Физическая и реабилитационная медицина при церебральном параличе у детей. Национальное руководство	М.: 2021.

6.1.3. Методическиеразработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	/Составители: Мусабекова Т.О., Шлейфер С.Г, Андрианова Е.В., Рекаева М.И., Ибатуллин И.Ф., Рысалиева Н.Т., Хамзина А.И.	Топическая диагностика. : Учебное пособие по общей неврологии	Б: КPCY, 2014
Л3.2	/Сост.С.Г.Шлейфер,Т. О.Мусабекова, Е.В.Андрианова,М.И. ВасиленкоВ.В.	Методика неврологического осмотра.: Учебное пособие по общейневрологии.	-Б:КPCY ,2019.
Л3.3	Мурзалиев А.М., Мусабекова Т.О., Шлейфер С.Г.	Клиническое руководство по диагностике и лечению острых нарушений мозгового кровообращения (госпитальный этап, острейший и острый периоды) в	Бишкек 2014
Л3.4	Мурзалиев А.М., Мусабекова Т.О., Шлейфер С.Г.	Диагностика и лечение острых нарушений мозгового кровообращения (госпитальный этап, острейший и острый периоды) :	Бишкек 2015
Л3.5	Сост.: Т.О. Мусабекова, Н.Ш. Усенова	Миастения: Учебно-методическоепособие	2012
Л3.6	Мусабекова Т.О., Шлейфер С.Г., Луценко И.Л. Под редакцией Мурзалиева А.М.	Редкие клинические случаи в неврологии. : Сборник трудов	Бишкек 2016
Л3.7	Мамытов М.М., ОморовТ.О., МендибаевК.Т.	Нейрохирургические проблемы мозговых инсультов: монография	ИздательскийДом "Кыргызстан" 2002
Л3.8	Мусабекова Т.О., Хамзина А.И.	Эпилепсия: Учебное пособие	Бишкек, Издательство КPCY, 2017.
Л3.9	Мурзалиев А.М. .	Клинические лекции по неврологии : Учебноепособие	Бишкек ,Издательство КPCY ,2020

6.1.3. Методические разработки			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
ЛЗ.1	/Составители: Мусабекова Т.О., Шлейфер С.Г., Андрианова Е.В. и др.,	Топическая диагностика. : Учебное пособие по общей неврологии	Б: КPCY, 2014
ЛЗ.2	/Сост.С.Г.Шлейфер,Т. О.Мусабекова, Е.В.Андрианова,М.И. ВасиленкоВ.В.	Методика неврологического осмотра.: Учебное пособие по общей неврологии.	-Б:КPCY ,2019.
ЛЗ.3	Мурзалиев А.М., Мусабекова Т.О., Шлейфер С.Г.	Клиническое руководство по диагностике и лечению острых нарушений мозгового кровообращения (госпитальный этап, острейший и острый периоды) в Кыргызской Республике. : Клиническое руководство	Бишкек 2014
ЛЗ.4	Мурзалиев А.М., Мусабекова Т.О., Шлейфер С.Г.	Диагностика и лечение острых нарушений мозгового кровообращения (госпитальный этап, острейший и острый периоды) : Учебно-методическое пособие. Дополненное.	Бишкек 2015
ЛЗ.5	Сост.: Т.О. Мусабекова, Н.Ш. Усенова	Миастения: Учебно-методическое пособие	2012
ЛЗ.6	Мусабекова Т.О., Шлейфер С.Г., Луценко И.Л. Под	Редкие клинические случаи в неврологии. : Сборник трудов	Бишкек 2016
ЛЗ.7	Мамытов М.М., Оморов Т.О., Мендибаев К.Т.	Нейрохирургические проблемы мозговых инсультов: монография	Издательский Дом "Кыргызстан" 2002
ЛЗ.8	Мусабекова Т.О., Хамзина А.И.	Эпилепсия: Учебное пособие	Бишкек, Издательство КPCY, 2017.
ЛЗ.9	Мурзалиев А.М. .	Клинические лекции по неврологии : Учебное пособие	Бишкек ,Издательство КPCY ,2020

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"		
Э1	Институт мозга человека РАН	http://www.ihb.spb.ru
Э2	Клиника головной боли и вегетативных расстройств	http://www.veinclinic.ru
Э3	Научный центр по изучению инсульта	http://www.stroke-center.ru
Э4	ГУ Научный центр неврологии РАМН	http://www.neurology.ru
Э5	Центр детской неврологии	http://www.epileptologist.ru
Э6	Национальная ассоциация по борьбе с инсультом (НАБИ)	http://www.nabi.ru
Э7	«Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко»	http://www.medlit.ru/medrus/iurbur.htm
Э8	«Неврологический вестник»	http://www.infamed.com/nb
Э9	«Неврологический журнал»	http://www.medlit.ru/medrus/ni.htm
Э10	«Нейрохирургия»	http://www.mtu-net.ru/neurosurgery
Э11	Головокружение	http://www.vertigo.ru
Э12	Заболевания позвоночника и лечение позвоночника	http://www.vertebrologi.ru
Э13	Миопатия	http://www.miopatia.narod.ru
Э14	Энцефалопатия и методы ее лечения	http://www.encephalopathy.ru

Э15	Журнал для неврологов и нейрофизиологов «Невросайт»	http://www.medlit.ru/medrus/jurbur.htm
Э16	«Неврологический вестник»	http://www.infamed.com/nb
Э17	Боль и ее лечение	http://www.painstudy.ru/index.php
Э18	Обзоры мировых медицинских журналов на русском языке	http://www.medmir.com/index.php?option=com_content
Э19	Болезнь Паркинсона	http://www.parkinson.spb.ru
Э20	НЕВРОНЕТ - информационная медицинская сеть	http://www.neuro.net.ru
Э21	Англоязычные сайты	http://www.neurology.org

6.3. Перечень информационных и образовательных технологий

6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии

6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии – лекции, семинары, ориентированные прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых ординаторам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Практические занятия чаще всего проводятся непосредственно на базе Национального Госпиталя при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики, в отделениях неврологии 1,2,3 неврологии ИОВ, нейрохирургии №1,2, нейроотравмы №1,2 на базе Детской клинической больницы и скорой медицинской помощи в отделениях неврологии, патологии новорожденных и нейрохирургии с обязательной курацией больных.
6.3.1.2	Инновационные образовательные технологии – занятия, которые формируют системное мышление и способность генерировать идеи при решении различных творческих задач. К ним относятся занятия в муляжном симуляционном центре. Также практические занятия, при проведении которых используется методика мозгового штурма, интерпретация данных клинических и лабораторных исследований на основе этиопатогенеза.
6.3.1.3	Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование ординатором компьютерной техники и интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы, а также для ознакомления с интернет-источниками, фото-видео материалами по соответствующему разделу. Подготовка преподавателем лекций-презентаций.

6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения

6.3.2.1	Информационная система "Единое окно доступа к образовательным ресурсам (http://windou.edu.ru)
6.3.2.2	Электронная библиотека КРСУ (http://lib.krsu.edu.kg)
6.3.2.3	Медицинский видеопортал (http://www.med-edu.ru/articles)
6.3.2.4	Медицинский портал (http://medvuz.info/load/nervnye_bolezni_nevrologija/25)
6.3.2.1	Информационная система "Единое окно доступа к образовательным ресурсам (http://windou.edu.ru)

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Дисциплина преподается на базе Национального госпиталя Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики (ЛПУ третичного уровня). Имеется КДО (консультативно-диагностическое отделение), 8 специализированных отделений, из них 4 неврологических, 2 нейрохирургических, 2 нейротравматологических; коечный фонд – 240 коек; 4 операционных; 2 палаты интенсивной терапии; нейро- реанимационный блок. Имеется 6 стандартно оборудованных аудиторий с 90 посадочными местами, общей площадью 180 кв.м. (блок-парты, кушетки, меловые и пластиковые доски). У ординаторов имеется доступ к информационным стендам (3 шт.), плакатам (100шт), электронной библиотеке (30 учебников), учебным фильмам (30 шт.), базе клинического материала (МРТ, КТ, краниограмма, спондилограмма, ЭЭГ). На базе ГКБ №1, отделение ангионеврологии.
7.2	На базе Городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГДКБСМП), вторичного уровня ЛПУ. Имеет 3 специализированных отделения: неврологии, патологии новорожденных, нейрохирургии; коечный фонд - 100 коек; 2 операционных; 2 реанимационные. У студентов имеется доступ к информационным стендам (1 шт.), плакатам (10шт), электронной библиотеке (30 учебников), учебным фильмам (30 шт.), базе клинического материала (МРТ, КТ, краниограмма, спондилограмма, ЭЭГ).
7.3	На базе Кыргызского научно-исследовательского института курортологии и восстановительного лечения, ЛПУ третичного уровня, имеет 5 специализированных отделений, у ординаторов имеется доступ к электронной библиотеке и библиотеке института

7.4	Рисунки, схемы, таблицы: миелит, новости неврологии и нейрохирургии в мире, кардиоинтервалография4 черепные и спинномозговые нервы, анатомия и физиология нервной системы, физиология позвоночного столба, миастения, понятие об инсульте, зоны корешковой иннервации, ядра черепных нервов в ромбовидной ямке, типы нарушения чувствительности, мозжечок, синдром Броун Секара, поверхностная и глубокая чувствительность, цитогенетический метод, виды атаксии, шкала Глазго, топография ядер глазодвигательного нерва, болевой миофасциальный синдром, синдромы нарушения зрительного нерва, медиаторы и мембранные рецепторы ВНС, общая нозологическая характеристика травмы, перинатальная диагностика, соматотопическая проекция, внутренняя капсула, подъязычный нерв.
7.5	Кафедра оснащена мультимедийным комплексом (ноутбук, персональный компьютер, проектор).
7.6	Компьютерный класс (корпус Л.Толстого, ауд.4/12)с выходом в сеть Интернет для выполнения самостоятельной работы, ознакомления с интернет-источниками, видео-материалами;
7.7	Симуляционный центр (корпус «Аламедин»), оборудованный роботизированными манекенами - имитаторами, современным реанимационным оборудованием, электронными фантомами оборудования, тренажерами, интерактивным и медицинским оборудованием, инструментарием и расходными материалами;

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Технологические карты дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ 7

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.
3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины (1,2,3 семестры - зачет с оценкой, 4 семестр - экзамен) – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

При явке на экзамены и зачёты обучающийся обязан иметь при себе дневник ординатора, который он предъявляют экзаменатору в начале экзамена или преподавателю на зачете. Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса, тем ординаторам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли. На промежуточном контроле ординатор должен верно ответить на тестовые задания, сдать экзамен у постели больного и пройти устный опрос.

Оценка промежуточного контроля:

- min 20 баллов - вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы ординатор правильно формулирует основные понятия)
- 20-25 баллов – задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если ординатор правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению)
- 25-30 баллов - задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания)

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ

Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков ординатора по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов - презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у ординаторов навыки работы на компьютере.

Материалы-презентации готовятся ординаторами в виде слайдов с использованием программы MicrosoftPowerPoint.

Требование к ординаторам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.

1. Тема презентации выбирается ординатором из предложенного списка ФОС и должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме занятия.

2. Этапы подготовки презентации

Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)

Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:

- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?
- что будет на слайде?
- что будет говориться?
- как будет сделан переход к следующему слайду?

3. Изготовление презентации с помощью MSPowerPoint:

- Имеет смысл быть аккуратным. Неоряшливо сделанные слайды (разной в шрифтах и отступах, опечатки,

УП: o310858_16_12OTOR.plx стр. 30

типографические ошибки в формулах) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент - докладчик подошёл спустя рукава.

- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.
- Количество слайдов не более 30.
- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.

- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.

Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.

- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.

- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.

- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.

- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.

- Любая фраза должна говорить за чем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.

- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.

- Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MSWord (иначе формулы придется размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку — пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ MicrosoftWord», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов.

Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издали. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте.

Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.

4. Ординатор обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.

5. Инструкция докладчикам.

- сообщать новую информацию;

- использовать технические средства;

- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;

- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;

- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;

Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.

Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать:

- название презентации;

- сообщение основной идеи;

- современную оценку предмета изложения;

- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;

- живую интересную форму изложения;

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без визуальных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов.

Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА. ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА

Женщина 55 лет доставлена в больницу в связи с жалобами на головокружение, тошноту, нарушение глотания, которые возникли днём 2 часа назад. В течение 10 лет отмечаются повышения артериального давления до 180/100 мм рт.ст., около года страдает стенокардией напряжения. При обследовании: сознания - ясное, артериальное давление – 150/100 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный, выслушивается систолический шум в проекции сонных и позвоночных артерий с обеих сторон. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, птоз, миоз и энтофтальм справа, голос глухой, нарушено глотание, справа свисает дужка мягкого нёба и отсутствует глоточный рефлекс, парезов мышц конечностей нет, болевая и температурная чувствительность ослаблены на лице справа, на туловище и конечностях - слева, интенционный тремор при выполнении пальцосовой и пяточноколенной проб в правых конечностях.

Неврологические синдромы?

Топический диагноз?

Предварительный клинический диагноз?

Дополнительные методы обследования?

Лечение?

1) С-мВаленберга-Захарченко (птоз, миоз...)

2) Дорсолатеральный отдел продолговатого мозга. Возможна закупорка позвоночной артерии.

3) Ишемический инсульт (позвоночная артерия справа)

4) МРТ, определение холестерина, общий, бх анализ крови, ЭКГ, дуплексное сканирование артерий, МР-ангиография.

5) Базисная и специфическая терапия. Первая на профилактику осложнений (гипотензивные при АД больше 200/120, маннитол – отек, регуляция водно-электролитного обмена, профил. тромбоза вен НК). Вторая – тромболитическая в первые 3 часа, антиагреганты, нейропротекторы – глицин, вазоактивные препараты – кавинтон, реополиглюкин, пентоксифиллин).

КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО

Курацию больного необходимо проводить по схеме, Приложение 3

В процессе курации больного, ординатор должен овладеть следующими практическими навыками врача-специалиста невролога:

методикой неврологического осмотра

методикой проведения люмбальной пункции и ликвородинамических проб;

методикой проведения лечебной паравerteбральной блокады;

методикой выполнения прозеринового теста при диагностике миастении;

методикой проведения лечебной блокады миофасциальных триггерных точек;

методикой катетеризации мочевого пузыря;

методикой пункции, катетеризации периферической вены;

оценкой данных нейроофтальмологического и отоневрологического исследования;

расшифровкой и клинической интерпретацией результатов нейровизуализационных (КТ, МРТ), нейрофизиологических (ЭЭГ, ЭНМГ) и ультразвукографических (УЗДГ, ТКД) исследований.

Историю болезни неврологического больного необходимо писать по схеме, указанной в ПРИЛОЖЕНИИ 4

ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ на

промежуточную аттестацию

1 СЕМЕСТР

ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

1. При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы
 - 2
 1. верхней прямой
 2. наружной прямой
 3. нижней прямой
 4. нижней косой
 - 5.поднимающей верхнее веко
 2. Мидриаз возникает при поражении
 - 3
 1. верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
 2. нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
 3. мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва
 4. среднего непарного ядра
 5. ядра медиального продольного пучка
 3. Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне T10 дерматома, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента
 - 2
 1. T6 или T7
 2. T8 или T9
 3. T9 или T10
 4. T10 или T11
 - 5.T5 или T6
 4. При центральном пирамидном параличе не наблюдается
 - 4 5
 1. гипотрофии мышц
 2. повышения сухожильных рефлексов
 3. нарушения функции тазовых органов
 4. гипорефлексии
 5. фибрилляций
 5. Хореический гиперкинез возникает при поражении
 - 2
 1. палеостриатума
 2. неостриатума
 3. медиального бледного шара
 4. латерального бледного шара
 5. таламуса
 6. Волокна для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии
 - 2
 1. латерально
 2. медиально
 3. вентрально
 4. дорсально
 - 5 все неправильно

7. Волокна для туловища и верхних конечностей располагаются в клиновидном пучке задних канатиков по отношению к средней линии

1

1. латерально

2. медиально

3. вентрально

4. дорсально

5. правильно 3 4

8. Волокна болевой и температурной чувствительности (латеральная петля) присоединяются к волокнам глубокой и тактильной чувствительности (медиальная петля)

2

1. в продолговатом мозге

2. в мосту мозга

3. в ножках мозга

4. в зрительном бугре

5 в верхне-шейном отделе спинного мозга

9. Медиатором тормозного действия является

2

1. ацетилхолин

2. ГАМК

3. норадреналин

4. адреналин

5.оксид азота

10. Все афферентные пути стриопаллидарной системы оканчиваются

2

1. в латеральном ядре бледного шара

2. в полосатом теле

3. в медиальном ядре бледного шара

4. в субталамическом ядре

5 в зрительном бугре

11. Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия 2

1. мозжечковая

2. сенситивная

3. вестибулярная

4. корковая

5.все правильно

12. Регуляция мышечного тонуса мозжечком при изменении положения тела в пространстве осуществляется через 1

1. красное ядро
 2. люисово тело
 3. черное вещество
 4. полосатое тело
 5. таламус
13. Биназальная гемианопсия наступает при поражении

- 2
1. центральных отделов перекреста зрительных нервов
 2. наружных отделов перекреста зрительных нервов
 3. зрительной лучистости
 4. зрительных трактов
 5. мозолистого тела

14. К концентрическому сужению полей зрения приводит неполное сдавление

- 2
1. зрительного тракта
 2. зрительного перекреста
 3. наружного коленчатого тела
 4. зрительной лучистости
 5. глазного яблока

15. При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия

- 2
1. биназальная
 2. гомонимная
 3. битемпоральная
 4. нижнеквадрантная
 5. верхнеквадрантная

16. Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении

- 2
1. зрительного тракта
 2. зрительного перекреста
 3. зрительной лучистости
 4. внутренней капсулы
 5. затылочной доли

17. Через верхние ножки мозжечка проходит путь

- 2 5
1. задний спинно-мозжечковый
 2. передний спинно-мозжечковый
 3. лобно-мосто-мозжечковый
 4. затылочно-височно-мосто-мозжечковый
 5. денто-рубальный

18. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении

- 3
1. обонятельного бугорка
 2. обонятельной луковицы
 3. височной доли
 4. теменной доли

5. лобной доли

19. Битемпоральная гемианопсия наблюдается при поражении

1

1. внутренних отделов перекреста зрительных нервов
2. наружных отделов перекреста зрительных нервов
3. зрительных трактов перекреста зрительных нервов
4. зрительной лучистости с двух сторон
5. зрительных нервов

20. Истинное недержание мочи возникает при поражении

4

1. парацентральных долек передней центральной извилины
2. шейного отдела спинного мозга
3. поясничного утолщения спинного мозга
4. конского хвоста спинного мозга
5. грудного отдела спинного мозга

21. При парезе взора вверх и нарушении конвергенции очаг локализуется 3

1. в верхних отделах моста мозга
2. в нижних отделах моста мозга
3. в среднем мозге
4. в ножках мозга
5. в продолговатом мозге

22. Половинное поражение поперечника спинного мозга (синдром Броун - Секара) характеризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании 3

1. с нарушением всех видов чувствительности - на противоположной
2. с нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага
3. с нарушением глубокой чувствительности на стороне очага и болевой и температурной чувствительности - на противоположной
4. с нарушением всех видов чувствительности на стороне очага
5. все неправильно

23. При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия

3

1. динамическая
2. вестибулярная
3. статическая
4. сенситивная
5. корковая

24. При периферическом парезе левого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет левого глаза, гиперестезии в средней зоне Зельдера слева, патологических рефlekсах справа очаг локализуется 3

1. в левом мосто-мозжечковом углу
2. в правом полушарии мозжечка
3. в мосту мозга слева
4. в области верхушки пирамиды левой височной кости
5. в продолговатом мозге

25. Миелин в центральной нервной системе вырабатывают

2

1. астроциты
2. олигодендроглиоциты
3. микроглиоциты
4. эпендимоциты
5. пирамидные клетки

26. Сочетание боли и герпетических высыпаний в наружном слуховом проходе и ушной раковине, нарушение слуховой и вестибулярной функции является признаком поражения узла 3

1. вестибулярного
2. крылонебного
3. коленчатого
4. гассерова
5. звездчатого

27. Миелинизация волокон пирамидной системы начинается

4

1. на третьем месяце внутриутробного развития
2. в конце первого года жизни
3. в начале второго года жизни
4. в последнем триместре беременности
5. на первом месяце жизни

28. Шейное сплетение образуется передними ветвями спинно-мозговых нервов и шейных сегментов 1

1. C1-C4
2. C2-C5
3. C3-C6
4. C4-C7
5. C5-C8

29. Плечевое сплетение формируют передние ветви спинно-мозговых нервов

2

1. C5-C8
2. C5-Th2
3. C6-C8
4. C8-Th2
- 5 C1-C4

30. Нервные импульсы генерируются

2

1. клеточным ядром
2. наружной мембраной
3. аксоном
4. митохондриями
5. рецепторами

31. В состав лимбико-ретикулярного комплекса не входят

1

1. черное вещество
2. гиппокамп
3. миндалина
4. мамиллярные тела
5. ретикулярная формация

32. На срезе нижнего отдела продолговатого мозга не различают ядра 4

5

1. нежное и клиновидное
2. спинно-мозгового пути тройничного нерва
3. подъязычных нервов
4. лицевого, отводящего нервов
5. глазодвигательного нерва

33. В состав среднего мозга не входят

4 5

1. красные ядра
2. ядра блокового нерва
3. ядра глазодвигательного нерва
4. ядра отводящего нерва
5. ядра лицевого нерва

34. Гемианестезия, гемиатаксия, гемианопсия характерны для поражения 4

1. бледного шара
2. хвостатого ядра
3. красного ядра

4. таламуса 5.внутренней капсулы

35. Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается 1

5

1. вялым парезом ног и нарушением чувствительности по корешковому типу
2. спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами
3. нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи 4. спастическим парапарезом ног без расстройств чувствительности и нарушением функции тазовых органов
- 5.жестокими корешковыми болями

36. Истинный астереогноз обусловлен поражением

3

1. лобной доли
2. височной доли
3. теменной доли
4. затылочной доли 5.заднего рога спинного мозга

37. Выпадение верхних квадрантов полей зрения наступает при поражении 2

1. наружных отделов зрительного перекреста
2. язычной извилины
3. глубинных отделов теменной доли
4. первичных зрительных центров в таламусе
5. зрительных трактов

38. Дендриты, воспринимающие холодовые раздражения, содержат рецепторы в виде

2

1. неинкапсулированных чувствительных окончаний Руффини
2. инкапсулированных чувствительных окончаний Краузе
3. телец Меркеля
4. телец Фатера – Пачини
5. все неправильно

39. Замыкание дуги рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы плеча происходит на уровне следующих сегментов спинного мозга

2

1. C3-C4
2. C5-C6
3. C7-C8
4. C8-Th1
5. Th1-Th2

40. Непарное заднее ядро глазодвигательного нерва (ядро Перлиа) обеспечивает реакцию зрачка 5

1. прямую на свет
2. содружественную на свет
3. на болевое раздражение
4. на конвергенцию
5. на аккомодацию

41. Больной со зрительной агнозией

4

1. плохо видит окружающие предметы, но узнает их
2. видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной
3. не видит предметы по периферии полей зрения
4. видит предметы, но не узнает их
5. все ответы неправильные

42. Больной с моторной афазией

1

1. понимает обращенную речь, но не может говорить
2. не понимает обращенную речь и не может говорить
3. может говорить, но не понимает обращенную речь
4. может говорить, но речь скандированная
5. все неверно

43. Больной с сенсорной афазией 5

1. не может говорить и не понимает обращенную речь
2. понимает обращенную речь, но не может говорить
3. может говорить, но забывает названия предметов
4. не понимает обращенную речь, но контролирует собственную речь
5. не понимает обращенную речь и не контролирует собственную

44. Амнестическая афазия наблюдается при поражении

4

1. лобной доли
2. теменной доли
3. стыка лобной и теменной доли
4. стыка височной и теменной доли
5. стыка теменной и затылочной доли

45. Сочетание нарушения глотания и фонации, дизартрии, пареза мягкого неба, отсутствия глоточного рефлекса и тетрапареза свидетельствует о поражении 3

1. ножек мозга
2. моста мозга

3. продолговатого мозга
4. покрышки среднего мозга
5. шейного отдела

46. Сочетание пареза левой половины мягкого неба, отклонения язычка вправо, повышения сухожильных рефлексов и патологических рефлексов на правых конечностях свидетельствует о поражении 1

1. продолговатого мозга на уровне двигательного ядра IX и X нервов слева
2. продолговатого мозга на уровне XII нерва слева
3. колена внутренней капсулы слева
4. заднего бедра внутренней капсулы слева
5. моста мозга

47. При альтернирующем синдроме Мийяра - Гублера очаг находится
4

1. в основании ножки мозга
2. в заднебоковом отделе продолговатого мозга
3. в области красного ядра
4. в основании нижней части моста мозга
5. на границе спинного и продолговатого мозга

48. Для поражения поясничного утолщения характерно наличие
5

1. нижнего вялого парапареза
2. сегментарного расстройства чувствительности
3. нарушения функции тазовых органов по центральному типу
4. арефлексии
5. все перечисленное

49. Ветвью шейного сплетения является
1

1. малый затылочный нерв
2. подкрыльцовый нерв
3. лучевой нерв
4. срединный нерв
5. локтевой нерв

50. Ветвью плечевого сплетения является
2

1. диафрагмальный нерв
2. подкрыльцовый нерв
3. надключичный нерв
4. большой ушной нерв
5. малый затылочный нерв

51. В состав поясничного сплетения входит
1 2

1. бедренный нерв
2. бедренно-половой нерв

3. седалищный нерв
4. грушевидный нерв
5. задний кожный нерв бедра

52. Малый затылочный нерв образуют волокна спинно-мозговых нервов

2

1. C3-C4
2. C1-C3
3. C2-C4 4. C1-C4
5. C2-C3

53. Бедренный нерв образуют корешки

2

1. L3-L4
2. L2-L4
3. L1-L2
4. L1-L4
5. L₁-L₅

54. Крестцовое сплетение формируют передние ветви спинно-мозговых нервов

3

1. S1-S3
2. S1-S5
3. L5-S4
4. L3-S5
5. L3-S1

55. Седалищный нерв составляют волокна корешков

2

1. S1-S2
2. L₄-S₃
3. S2-S3
4. L5-S5
5. L₅-S₃

56. Малоберцовый нерв составляют волокна корешков

4

1. L1-L2
2. L2-L3
3. L1-S2
4. L3-L4
5. L4-S₃

57. Надключичный нерв образуют волокна спинно-мозговых нервов

2 1.

C1-

C2

2. C3-C4

3. C4-C6

4. C2-C6

5. C1-C3

58. Большой ушной нерв образуют волокна спинно-мозговых нервов

3

1. C1-C2

2. C1-C5

3. C3- C4

4. C5- C6

5. C7-C8

59. Диафрагмальный нерв образуют волокна спинно-мозговых нервов

3

1. C1-C2

2. C2-C3

3. C3-C4

4. C1-C5

5. C5-C6

60. При поражении диафрагмального нерва отмечается

1 3

1. затруднение дыхания

2. затруднение глотания

3. икота

4. рвота

5. поперхивание

61. Подкрыльцовый нерв иннервирует

3

1. двуглавую мышцу плеча

2. разгибатели предплечья

3. дельтовидную мышцу

4. подлопаточную мышцу

5. плечелучевую мышцу

62. Поясничное сплетение формируют передние ветви спинно-мозговых нервов

1

1. Th12-L4

2. L1-L5
3. Th11-L5
4. L1-L4
5. L1-S1

63. В большеберцовый нерв входят волокна корешков

3

1. L1-L2
2. L3-L4
3. L4-S3
4. L1-S3
5. S₁ – S₃

64. Компрессионное поражение запирательного нерва сопровождается

4

1. болями по наружной поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра
2. болями по передней поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра
3. болями по задней поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра
4. болями по медиальной поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра
5. правильного ответа нет

65. При параличе Дюшенна - Эрба страдает функция мышц

5

1. дельтовидной и трехглавой плеча
2. двуглавой и внутренней плеча
3. сгибателей кисти
4. короткого разгибателя большого пальца
5. верно 1 и 2

66. Каузалгический болевой синдром наиболее часто встречается при повреждении нерва

1 3

1. срединного
2. локтевого
3. большеберцового
4. малоберцового
5. лучевого

67. Для паралича Дежерин - Клюмпке характерно нарушение чувствительности

5

1. на наружной поверхности плеча
2. на внутренней поверхности плеча
3. на наружной поверхности предплечья
4. на внутренней поверхности предплечья
5. верно 2 4

68. Для поражения лучевого нерва в верхней трети плеча не характерна слабость 4 5

1. разгибателей предплечья
2. разгибателей кисти
3. мышцы, отводящей 1-й палец

4. дельтовидной мышцы

5. трехглавой мышцы

69. При поражении срединного нерва не возникает

5

1. нарушение сгибания 1-го, 2-го и отчасти 3-го пальцев кисти

2. нарушение пронации кисти

3. слабость разгибателей средних фаланг 2-го и 3-го пальцев кисти

4. снижение мышечно-суставного чувства в концевых фалангах 2-го и 3-го пальцев кисти

5. атрофии межкостных мышц кисти

70. Для поражения бедренного нерва выше пупартовой связки характерно наличие 1 2

3

1. гипестезии на передней поверхности бедра

2. паралича сгибателей бедра

3. паралича разгибателей голени

4. паралича мышц стопы

5. невралгии

71. Рефлексы орального автоматизма свидетельствуют о поражении трактов 2

1. кортикоспинальных

2. кортиконуклеарных

3. лобно-мосто-мозжечковых

4. руброспинальных

5. ретикулоспинальных

72. Для синдрома Парино является характерным наличие

1 2

1. вертикального паралича зрения

2. паралича конвергенции глазных яблок

3. гемигипестезии на противоположной стороне

4. нарушения старт-рефлекса 5. птоза, миоза, энофтальма на противоположной очагу стороне

73. Хватательный рефлекс (Янишевского) отмечается при поражении

3

1. теменной доли

2. височной доли

3. лобной доли

4. затылочной доли

5. стриатум

74. Слуховая агнозия наступает при поражении

4

1. теменной доли
2. лобной доли
3. затылочной доли
4. височной доли
5. слухового нерва

75. Децеребрационная ригидность возникает при поражении ствола мозга с уровня 3

1. верхних отделов продолговатого мозга
2. нижних отделов продолговатого мозга
3. среднего мозга
4. моста мозга
5. внутренней капсулы

76. Для нижнего синдрома красного ядра (синдром Клода) не является характерным наличие

2

1. паралича глазодвигательного нерва на стороне очага
2. гемипареза, гемигипестезии на противоположной стороне
3. гемиатаксии на противоположной очагу стороне
4. гипотонии мышц конечностей на противоположной очагу стороне
5. интенционного тремора на противоположной очагу стороне

77. Альтернирующий синдром Фовилля характеризуется одновременным вовлечением в патологический процесс нервов 1

1. лицевого и отводящего
2. лицевого и глазодвигательного
3. языкоглоточного нерва и блуждающего
4. подъязычного и добавочного
5. лицевого и тройничного

78. Для синдрома яремного отверстия не характерно поражение нерва 4

1. языкоглоточного
2. блуждающего
3. добавочного
4. подъязычного
5. тройничного

79. Полушарный парез взора (больной смотрит на очаг поражения) связан с поражением доли 1

1. лобной
2. височной
3. теменной
4. затылочной

5. все неверно

80. Апраксия возникает при поражении

3

1. лобной доли доминантного полушария
2. лобной доли недоминантного полушария
3. теменной доли доминантного полушария
4. теменной доли недоминантного полушария
5. височной доли недоминантного полушария

81. Расстройство схемы тела отмечается при поражении

4

1. височной доли доминантного полушария
2. височной доли недоминантного полушария
3. теменной доли доминантного полушария
4. теменной доли недоминантного полушария
5. лобной доли доминантного полушария

82. Сенсорная афазия возникает при поражении

1

1. верхней височной извилины
2. средней височной извилины
3. верхнетеменной дольки
4. нижней теменной дольки
5. нижней лобной извилины

83. К лимбическому отделу больших полушарий мозга не относится

5

1. гиппокамп
2. прозрачная перегородка
3. поясная извилина
4. круговая борозда островка
5. гипоталамус

84. Сегментарный аппарат симпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов спинного мозга на уровне сегментов

3

1. C5-T10
2. T1-T12
3. C8-L3
4. T6-L4
5. C1-T10

85. Каудальный отдел сегментарного аппарата парасимпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов спинного мозга на уровне сегментов

4

1. L4-S1
2. L5-S2

3. S1-S3
4. S2-S4
5. S3-S5

86. Цилиоспинальный центр расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне сегментов

- 3
1. C6-C7
 2. C7-C8
 3. C8-Th1
 4. Th1-Th2
 5. Th2-Th3

87. Особенности нарушения пиломоторного рефлекса имеют топико-диагностическое значение при поражении

- 4 5
1. четверохолмия
 2. продолговатого мозга
 3. гипоталамуса
 4. спинного мозга
 5. вегетативных узлов

88. Интегральная деятельность обоих полушарий головного мозга обеспечивается 3 4

1. проекционными волокнами
2. ассоциативными волокнами
3. комиссуральными волокнами
4. ассоциативными полями корковых отделов анализаторов
5. все неправильно

89. Ассоциативные волокна связывают

- 4
1. симметричные части обоих полушарий
 2. несимметричные части обоих полушарий
 3. кору со зрительным бугром и нижележащими отделами (центробежные и центростремительные пути)
 4. различные участки коры одного и того же полушария
 5. нейроны

90. Астереогноз возникает при поражении

- 5
1. язычной извилины теменной доли
 2. верхней височной извилины
 3. нижней лобной извилины
 4. верхней теменной дольки

5. нижней теменной доли

91. Центральный парез левой руки возникает при локализации очага 5

1. в верхних отделах передней центральной извилины слева
2. в нижних отделах передней центральной извилины слева
3. в заднем бугре внутренней капсулы
4. в колоне внутренней капсулы
5. в среднем отделе передней центральной извилины справа

92. Судорожный припадок начинается с пальцев левой ноги в случае расположения очага 4

1. в переднем адверсивном поле справа
2. в верхнем отделе задней центральной извилины справа
3. в нижнем отделе передней центральной извилины справа
4. в верхнем отделе передней центральной извилины справа
5. в нижнем отделе задней центральной извилины справа

93. В каком отделе ствола мозга происходит полный перекрест пирамидного пути?

5

1. в среднем мозге
2. в варолиевом мосту
3. в нижнем отделе продолговатого мозга
4. в верхнем отделе продолговатого мозга
5. полный перекрест не происходит вообще

94. Для поражения внутренней капсулы характерно:

1 3 4

1. гемиплегия на противоположной стороне
2. нарушение чувствительности на своей стороне
3. нарушение чувствительности на противоположной стороне
4. гемианопсия
5. экстрапирамидные расстройства

95. Для бульбарного синдрома характерно все, кроме:

5

1. дисфагия
2. атрофия и фибрилляции языка
3. отсутствие глоточного рефлекса
4. дизартрия
5. симптомы орального автоматизма

96. Синдром верхней глазничной щели включает поражение черепных нервов

4

1. 3 пары
2. 4 и 6 пар
3. 3,4 и 6 пар

4. 3,4 6 и 1 ветви 5 пары

5. 2, 3, 4, 5 и 6 пар

97.Нарушения чувствительности по проводниковому типу, центральная тетраплегия характерны для поражения спинного мозга на уровне 3

1. шейного утолщения

2. верхнегрудного отдела

3. верхнешейного отдела

4. поясничного утолщения

5. нижнегрудного отдела

98.Какие симптомы характерны для поражения 3 пары ЧМН?

2 4 5

1. сходящееся косоглазие

2. расходящееся косоглазие

3. сужение зрачка

4. расширение зрачка

5. опущение верхнего века

99.Синдром поражения двигательных путей в поясничном утолщении включает все, кроме: 3

1. арефлексия

2. нижний вялый парапарез

3. гиперрефлексия 4. гипотония мышц

5. нарушение функции тазовых органов

100.У больного аносмия справа. Где может располагаться патологический очаг?

1 2 4

1. обонятельный тракт справа

2. обонятельная луковица справа

3. извилина гиппокампа

4. обонятельный нерв справа

5. мамиллярные тела

101.При поражении области Вернике возникают:

2 3 4

1. нарушения спонтанной речи

2. «словесная окрошка»

3. логорея

4. нарушение понимания обращенной речи

5. парезы конечностей

102.Признаки синдрома мостомозжечкового угла слева:

5

1. боли в лице слева

2. снижение чувствительности левой половины лица

3. парез мимических мышц слева
4. снижение слуха слева
5. все перечисленное

103. При птозе и расширении зрачка слева, правостороннем гемипарезе очаг расположен

1. в четверохолмии
2. во внутренней капсуле слева
3. в мосту мозга слева
4. в левой ножке мозга
5. в правой ножке мозга

104. Диссоциированные нарушения чувствительности по сегментарному типу при синингомиелии характеризуются

1. выпадением глубокой при сохранности болевой
2. выпадением болевой при сохранности температурной
3. выпадением только болевой при сохранности глубокой
4. сохранностью болевой при выпадении температурной
5. сохранностью глубокой при выпадении болевой и температурной

105. Синдром менингизма характеризуется

1. головной болью
2. ригидностью мышц затылка
3. понижением давления ликвора
4. повышением давления ликвора
5. изменением состава ликвора

106. Для пирамидной спастичности характерно преимущественное повышение тонуса в мышцах

1. сгибателях и пронаторах рук и разгибателях ног
2. сгибателях ног и разгибателях рук
3. сгибателях и разгибателях рук и ног равномерно
4. повышение тонуса в агонистах сочетается со снижением тонуса в антагонистах
5. только в сгибателях рук

107. Основным патологическим рефлексом сгибательного типа является рефлекс

1. Бабинского
2. Оппенгейма
3. Россолимо
4. Гордона
5. Чеддока

108. Для полного поперечного поражения грудного отдела спинного мозга характерны

1 4 5

1. нижняя спастическая параплегия
2. сегментарный тип расстройства чувствительности
3. недержание мочи
4. проводниковый тип расстройства чувствительности
5. задержка мочи

108. Через верхние ножки мозжечка проходит путь

2

1. задний спинно-мозжечковый
2. передний спинно-мозжечковый
- 3 лобно-мосто-мозжечковый
4. затылочно-мосто-мозжечковый
5. височно-мосто-мозжечковый

109. Через нижние ножки мозжечка проходит путь

1

1. задний спинно-мозжечковый
2. передний спинно-мозжечковый
- 3 лобно-мосто-мозжечковый
4. затылочно-мосто-мозжечковый
5. височно-мосто-мозжечковый

110. Через средние ножки мозжечка проходит путь 3 4 5

1. задний спинно-мозжечковый
2. передний спинно-мозжечковый
- 3 лобно-мосто-мозжечковый
4. затылочно-мосто-мозжечковый
5. височно-мосто-мозжечковый

111. В боковых столбах спинного мозга проходят пути

1 2 3

- 1 латеральный кортикоспинальный
2. латеральный спино-таламический
3. передний кортикоспинальный
4. рубро-спинальный
5. путь Голля

112. В задних столбах спинного мозга проходят пути

1

1. путь Бурдаха
2. спино-таламический
3. спино-церебеллярный задний
4. спино-церебеллярный передний
5. ретикулоспинальный

113. В передних столбах спинного мозга проходят пути

2 4

1. латеральный кортико-спинальный
2. передний кортико-спинальный
3. спино-таламический
4. вестибуло-спинальный
5. спино-таламический

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В НЕВРОПАТОЛОГИИ

1. Ликвородинамическая проба Пуссепы вызывается

3

1. сдавлением шейных вен
2. давлением на переднюю брюшную стенку
3. наклоном головы вперед
4. разгибанием ноги, предварительно согнутой в коленном и тазобедренном суставах
5. все перечисленное неверно

2. В случае отсутствия блока субарахноидального пространства при пробе Квеккенштедта давление спинномозговой жидкости повышается

4

1. в 10 раз
2. в 6 раз
3. в 4 раза
4. в 2 раза
5. вообще не повышается

3. Содержание хлоридов в спинномозговой жидкости в норме колеблется в пределах

4

1. 80-110 ммоль/л
2. 40-60 ммоль/л
3. 200-260 ммоль/л
4. 120-130 ммоль/л
5. 130-150 ммоль/л

4. Для неосложненного застойного диска зрительного нерва характерно 1

1. гиперемия, стертость границ диска
2. раннее снижение зрительной функции
3. сужение границ поля зрения
4. сужение артерий 5. битемпоральная гемианопсия

5. Эпидемиологический анамнез важен при подозрении

1

1. на менингококковый менингит
2. на герпетический менингоэнцефалит
3. на грибковый менингит
4. на менингит, вызванный синегнойной палочкой
5. все ответы верные

6. Спинномозговую жидкость можно получить с помощью:

1 2 3

1. люмбальной пункции
2. субокципитальной пункции
3. вентрикулярной пункции
4. пробы Стуккея
5. пробы Пусеппа

7. Рефлекс Шефера (патологический стопный рефлекс разгибательного типа) вызывают

2

1. сдавлением икроножной мышцы
2. сдавлением ахиллова сухожилия
3. штриховым раздражением подошвы
4. штриховым раздражением кожи наружной лодыжки
5. проведением сверху вниз по голени

8. Рефлекс Чеддока (патологический стопный рефлекс разгибательного типа) вызывают

4

1. сдавлением икроножной мышцы
2. сдавлением ахиллова сухожилия
3. штриховым раздражением подошвы
4. штриховым раздражением кожи наружной лодыжки
5. проведением сверху вниз по голени

9. Для исследования проходимости субарахноидального пространства с помощью пробы Квеккенштедта следует

2

1. сильно наклонить голову больного вперед
2. сдавить яремные вены

3. надавить на переднюю брюшную стенку
4. наклонить голову больного назад
5. любой маневр удовлетворяет условиям данной пробы

10. Для выявления амнестической афазии следует

2

1. проверить устный счет
2. предложить больному назвать окружающие предметы
3. предложить больному прочитать текст
4. убедиться в понимании больным обращенной речи
5. все ответы правильные

11. Для выявления конструктивной апраксии следует предложить больному

3

1. поднять руку
2. коснуться правой рукой левого уха
3. сложить заданную фигуру из спичек
4. выполнить различные движения по подражанию
5. все ответы неверные

12. Для выявления асинергии с помощью пробы Бабинского следует предложить больному

3 4

1. коснуться пальцем кончика носа
2. осуществить быструю пронацию-супинацию вытянутых рук
3. сесть из положения лежа на спине со скрещенными на груди руками
4. стоя, отклониться назад
5. пройти по одной линии

13. Интенционное дрожание и промахивание при выполнении пальце-носовой пробы характерно 2

1. для статико-локомоторной атаксии
2. для динамической атаксии
3. для лобной атаксии
4. для сенситивной атаксии
5. для вестибулярной атаксии

14. Разрушение вершины пирамиды височной кости с четкими краями дефекта

("отрубленная" пирамида) является характерным рентгенологическим признаком

1 3

1. невриномы слухового нерва
2. невриномы тройничного нерва
3. холестеатомы мостомозжечкового угла

4. воспалительного процесса

5. всех перечисленных новообразований

15. Выпадение верхних (или нижних) половин полей зрения обоих глаз характерно для поражения

3

1. ретробульбарных отрезков обоих зрительных нервов

2. перекреста зрительных нервов

3. шпорной борозды обеих затылочных долей

4. зрительных трактов

5. подкорковых зрительных центров

16. Спинномозговая жидкость прозрачная, бесцветная, давление 190 мм вод. ст. реакция Панди+++, белок 1,67 г/л, цитоз 1000 в 1 мкл, преобладают лимфоциты, РВ++++. Каков характер поражения?

2

1. нейробруцеллез

2. нейросифилис

3. ишемический инсульт

4. миелит

5. бактериальный менингит

17. Для вызывания нижнего менингеального симптома Брудзинского

3

1. сгибают голову больного вперед

2. надавливают на область лонного сочленения

3. выпрямляют согнутую под прямым углом в коленном и тазобедренном суставах ногу больного

4. сдавливают четырехглавую мышцу бедра

5. постукивают по скуловой дуге

18. На ангиографии отмечаются бессосудистые зоны при следующих заболеваниях:

4

1. гидроцефалии

2. ушибах мозга

3. опухоли мозга

4. внутримозговой гематоме

5. сотрясении мозга

19. В норме учащение пульса при исследовании вегетативных рефлексов вызывает проба 3

1. Ашнера (глазосердечный рефлекс)

2. клиностатическая

3. ортостатическая

4. шейно-сердечная (синокаротидный рефлекс)

5. все перечисленные

20. Для выявления нарушения дискриминационной чувствительности следует проверить, способен ли больной определить 3

1. место прикосновения при нанесении раздражения на различные участки тела
 2. рисуемые на коже цифры, буквы, простые фигуры
 3. два одновременно наносимых раздражения на близко расположенных участках поверхности тела
 4. на ощупь знакомые предметы
5. все ответы неправильные

21. При повреждении наружных участков перекреста зрительных нервов периметрия выявляют

4

1. одностороннюю гомонимную гемианопсию
2. нижнеквадрантную гемианопсию
3. битемпоральную гемианопсию
4. биназальную гемианопсию
5. верхнеквадрантную гемианопсию

22. Диагностические возможности компьютерной томографии головы определяются тем, что при этом методе рентгенологического исследования 3 5

1. четко выявляются различия между костной тканью черепа и мозга
2. визуализируются сосуды мозга и оболочек
3. можно сравнить показатели поглощения рентгеновских лучей разными структурами мозга
4. легко определяются петрификаты в ткани мозга
5. обнаруживаются повреждения костей черепа

23. Разрешающая способность компьютерной томографии мозга имеет ограничения и не позволяет определить КТ-контрастные патологические очаги в мозге диаметром менее 1

1. 1.5x1.5

мм

2. 2.5x2.5 мм

3. 3.5x3.5

мм

4. 4.5x4.5 мм

5. все ответы неверные

24. Для изменений ликвора при вирусных энцефалитах характерно наличие 1 2

1. лимфоцитарного плеоцитоза
2. увеличения содержания белка
3. увеличения содержания глюкозы и хлоридов
4. снижения содержания белка
5. все ответы неверные

25. Симптом "вклинения" при проведении люмбальной пункции у больного с объемным спинальным процессом характеризуется

4

1. усилением корешковых болей при сдавлении шейных вен
2. нарастанием неврологической симптоматики при давлении на переднюю брюшную стенку
3. усилением корешковых болей при сгибании головы к груди
4. нарастанием неврологической симптоматики после пункции
5. всем перечисленным

26. При полной блокаде субарахноидального пространства на грудном уровне нарастание ликворного давления отмечается при пробе 3

1. Квеккенштедта
2. Стукея
3. Пуссепа
4. все ответы правильные
5. все ответы неправильные

27. Значительное снижение уровня сахара в спинномозговой жидкости (до 0.1 г/л) характерно для менингита, вызванного 4

1. вирусами гриппа
2. пневмококком
3. вирусом паротита
4. туберкулезной палочкой
5. клещевым энцефалитом

28. Решающее значение в диагностике менингита имеет 3

1. острое начало заболевания с повышением температуры
2. острое начало заболевания с менингеальным синдромом
3. изменение спинномозговой жидкости
4. синдром инфекционно-токсического шока
5. все перечисленное верно

29. При повреждении внутренних участков перекреста зрительных нервов периметрия выявляет 3

1. одностороннюю гомонимную гемианопсию
2. нижнеквадрантную гемианопсию
3. битемпоральную гемианопсию
4. биназальную гемианопсию
5. верхнеквадрантную гемианопсию

30. Компьютерная томография выявляет зону гиподенсивности в очаге ишемического инсульта через 5

1. 1 ч от начала заболевания
2. 2 ч от начала заболевания
3. 4 ч от начала заболевания
4. 6 ч и более от начала заболевания
5. через 24 часа

31. Компьютерная томография позволяет диагностировать гиперденсивные участки геморрагий спустя 1

1. 2 ч от начала кровоизлияния
2. 3 ч от начала кровоизлияния
3. 6 ч от начала кровоизлияния
4. 12 ч от начала кровоизлияния
5. 24 ч от начала кровоизлияния

32. Магнитно-резонансная томография позволяет диагностировать участки геморрагий спустя

5

1. 2 ч от начала кровоизлияния
2. 3 ч от начала кровоизлияния
3. 6 ч от начала кровоизлияния
4. 12 ч от начала кровоизлияния
5. 24 ч от начала кровоизлияния

33. Проба с гипервентиляцией при регистрации ЭЭГ проводится с целью вызвать

5

1. гипоксию и гипокапнию
2. гипероксию и гипокапнию
3. гипоксию и гиперкапнию
4. гипероксию и гиперкапнию
5. гипокапнию

34. Противопоказанием для проведения магнитно-резонансной томографии является

4

1. аллергия к йоду
2. открытая черепно-мозговая травма
3. выраженная внутричерепная гипертензия
4. наличие инородных металлических тел
5. кровоизлияние в опухоль мозга

35. Анализ крови при гепатоцеребральной дистрофии выявляет

5

1. нейтрофильный лейкоцитоз
2. лимфоцитоз
3. ускорение СОЭ

4. снижение гемоглобина
5. тромбоцитопению

36. В норме при пробе Стукея давление ликвора повышается

1

1. в 1.5 раза
2. в 3 раза
3. в 6 раз
4. в 8.5 раз
5. в 4 раза

37. При синдроме Иценко - Кушинга в крови определяется повышенное содержание

2 5

1. пролактина
2. кортикотропина
3. соматостатина
4. тиреотропина 5. кортизола

38. При диагностике абсцесса головного мозга из контрольных методов исследования получить прямое изображение патологического очага округлой формы можно с помощью

4

1. пневмоэнцефалографии
2. вентрикулографии
3. ангиографии
4. МРТ
5. краниографии

39. В норме давление ликвора в положении сидя равно

3

1. 110-180 мм вод. ст.
2. 280-310 мм вод. ст.
3. 200-300 мм вод. ст.
4. 160-220 мм вод. ст.
5. 300-400 мм вод. ст.

40. При отстаивании ликвора больного туберкулезным менингитом через 12-24 ч может быть обнаружена

2

1. опалесценция
2. фибриновая пленка
3. ксантохромия
4. осадок эритроцитов 5. все ответы правильные

41. Спондилография наименее информативна при локализации спинальной опухоли

1

1. интрамедуллярно
2. субдурально
3. эпидурально
4. эпидурально-экстравертебрально
5. экстрамедуллярно

42. Синдром Клиппеля - Фейля характеризуется на рентгенограммах признаками

5

1. краниостеноза
2. платибазии
3. остеопороза турецкого седла
4. выступанием зуба второго шейного позвонка в область проекции задней черепной ямки
5. срастанием нескольких шейных позвонков

43. Содержание глюкозы в ликворе здорового человека колеблется в пределах

2

1. 1.2-2.2 ммоль/л
2. 2.5-4.4 ммоль/л
3. 3.6-5.2 ммоль/л
4. 2.6-5.2 ммоль/л
5. 0.8-5.2 ммоль/л

44. Для коматозного состояния не характерно

5

1. снижение сухожильных рефлексов
2. двусторонний симптом Бабинского
3. угнетение брюшных рефлексов
4. угнетение зрачковых реакций
5. целенаправленные защитные реакции

45. Нормальным слухом считается восприятие шепота с расстояния

3

1. 2-3 метра
2. 3-4 метра
3. 6-7 метров
4. 10 метров и более
5. все неверно

46. Электрическую активность отдельных мышечных волокон при проведении электромиографии можно зарегистрировать с помощью

2

1. поверхностных электродов
2. игольчатых электродов
3. мультиполярных электродов

4. всего перечисленного
5. ничего из перечисленного

47. Офтальмоскопический синдром Фостера - Кеннеди характеризуется наличием признаков 1

1. атрофии диска зрительного нерва на стороне поражения в сочетании с застойным диском на противоположной очагу стороне
2. застойных дисков с двух сторон
3. атрофии дисков зрительных нервов с двух сторон
4. застойного диска в сочетании с атрофией на стороне очага поражения
5. застойного диска на стороне поражения в сочетании с атрофией на противоположной стороне

48. Симптом Элсберга - Дайка (атрофия корней дужек позвонков и увеличение расстояния между ними на спондилограммах) наиболее характерен

- 4
1. для дисгормональной спондилопатии
2. для миеломной болезни
3. для болезни Педжета
4. для экстрамедуллярной опухоли
5. для интрамедуллярной опухоли

49. К ликвородинамическим относятся следующие диагностические пробы, кроме

- 4 5
1. Квеккенштедта
2. Пуссепа
3. Стукея
4. Мак-Клюра – Олдрича
5. Ромберга

50. Время кровотока (способ Дуке) у здорового человека не превышает

- 2
1. 8 мин
2. 4 мин
3. 10 мин
4. 2 мин
5. 5 мин

51. Противопоказанием для проведения нисходящей миелографии является

- 2
1. синдром компрессии конского хвоста
2. опухоль краниоспинальной локализации
3. компрессионная радикуломиелоишемия
4. кистозно-слипчивый арахноидит в верхнегрудном отделе
5. все ответы правильные

52. Наиболее информативным методом дополнительного исследования для диагностики опухоли ствола мозга является 2

1. компьютерная томография
2. магнитно-резонансная томография
3. электроэнцефалография
4. радионуклидная гамма-сцинтиграфия
5. все неправильно

53. В норме клиностатическая проба вызывает

- 1
1. замедление пульса на 6-10 ударов в минуту
2. учащение пульса на 6-10 ударов в минуту
3. замедление пульса на 14-20 ударов в минуту
4. учащение пульса на 14-20 ударов в минуту
5. все ответы неправильные

54. Решающее значение в диагностике внутричерепных аневризм имеет

- 2
1. гамма-сцинтиграфия
2. ангиография
3. компьютерная томография
4. доплеросонография
5. реоэнцефалография

55. Исследование клеточного иммунитета при ВИЧ-инфекции выявляет

- 1 3
1. снижение числа CD4+
2. повышение числа CD4+
3. снижение числа CD45+
4. повышение числа CD45+
5. все ответы неправильные

56. Компьютерная томография головного мозга не позволяет

- 1
1. дифференцировать гистологическую структуру опухоли
2. дифференцировать серое и белое вещество мозга
3. определить состояние ликворных путей
4. определить области ишемии и кровоизлияния
5. определить зону перифокального отека

57. Методом ранней дифференциальной диагностики ишемического инсульта является

- 3
1. классическая электроэнцефалография
2. реоэнцефалография
3. компьютерная томография

4. магнитно-резонансная томография
5. позитронно-эмиссионная томография

58. Синдром белково-клеточной диссоциации не характерен при
3 5

1. опухолях головного мозга
2. полиридикулоневритах
3. гнойных менингитах
4. интрамедуллярных опухолях спинного мозга
5. менингизме

59. Какой метод исследования наиболее информативен в острой стадии черепно-мозговой травмы?

- 1
1. КТ
2. МРТ
3. ангиография
4. позитронно-эмиссионная томография
5. исследование глазного дна

60. Абсолютным противопоказанием к проведению люмбальной пункции является
3 5

1. коматозное состояние
2. переломы костей лицевого черепа
3. признаки вклинения
4. прогрессирование очаговой неврологической симптоматики
5. инфекционное поражение кожи и мягких тканей в области проведения пункции

61. В диагностике нервно-мышечных заболеваний не имеет значения
3

1. электрофизиологическое исследование
2. биопсия нерва
3. отоневрологическое исследование
4. биопсия мышцы
5. биохимические исследования

62. Менингеальные симптомы включают все, кроме
3

1. симптома Кернига
2. фото-фонобоязни
3. повышения тонуса разгибателей ног
4. ригидности затылочных мышц
5. симптома Лесажа

63. При рассеянном склерозе в ликворе:

3

1. содержание глюкозы 20% от ее уровня в сыворотке
2. постоянно повышен белок
3. постоянно повышен иммуноглобулин G
4. мононуклеаров более 100 клеток в 1 мкл
5. эритроцитов более 10 клеток в 1 мкл

64. Для инструментальной диагностики спонтанного субарахноидального кровоизлияния необходимо проведение

1 4

1. ангиографии
2. реоэнцефалографии
3. ультразвуковой доплерографии
4. компьютерной томографии
5. радиоизотопной скintiграфии

65. Аневризма артерий мозга диаметром 3 мм может быть диагностирована с помощью

1

1. ангиографии
2. реоэнцефалографии
3. ультразвуковой доплерографии
4. компьютерной томографии
5. радиоизотопной скintiграфии

66. Для верификации патологической извитости позвоночных артерий применяют

2

1. реоэнцефалографию
2. дуплексное сканирование сосудов шеи
3. МРТ
4. компьютерную томографию
5. позитронно-эмиссионную томографию

67. Для диагностики повреждения спинного мозга при травме позвоночника необходимо произвести

3

1. рентгенографию
2. компьютерную томографию
3. магнитно-резонансную томографию
4. люмбальную пункцию
5. электронейромиографию

68. В ликворе: белок 2,5 г/л, цитоз 500, л – 30 %, н – 70% характерны для:

3

1. менингизма

- 2.серозного менингита
- 3.гнойного менингита
- 4.субарахноидального кровоизлияния
- 5.нормальные показатели

69.В ликворе: белок 1,2 г/л, цитоз 250, л – 70%, н – 30% характерны для:

2

- 1.менингизма
- 2.серозного менингита
- 3.гнойного менингита
- 4.субарахноидального кровоизлияния
- 5.нормальные показатели

70.В ликворе: белок 1,2 г/л, цитоз 150, л – 70%, н – 30%, выщелоченные эритроциты, при каком заболевании это встречается?

4

- 1.менингизма
- 2.серозного менингита
- 3.гнойного менингита
- 4.субарахноидального кровоизлияния
- 5.нормальные показатели

71.Спинальная жидкость прозрачная, бесцветная, давление 260 мм. вод. ст., реакция Панди +++++, белок 3,75 г\л ,цитоз 200.Для какого синдрома это характерно?

2

- 1.клеточно-белковой диссоциации.
- 2.белково-клеточной диссоциации.
- 3.норма.
- 4.внутричерепной гипертензии.
- 5.гидроцефалии.

2 СЕМЕСТР

СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

1. Характерным признаком тромбоза внутренней сонной артерии является

3

1. альтернирующий синдром Захарченко - Валленберга

2. альтернирующий синдром Вебера (парез глазодвигательного нерва и пирамидный синдром)
3. альтернирующий оптикопирамидный синдром
4. сенсорная афазия
5. все перечисленное

2. К симптомам, не характерным для поражения левой передней мозговой артерии, относится 4

1. нарушение психики
2. преобладание пареза в руке
3. хватательный рефлекс
4. моторная афазия
5. апраксия левой руки

3. Для поражения правой средней мозговой артерии не характерно наличие 1

1. апраксии левой руки
2. левосторонней гемианопсии
3. левосторонней гемиплегии
4. анозогнозии
5. гемианестезии

4. Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие 1

1. гомонимной гемианопсии
2. битемпоральной гемианопсии
3. биназальной гемианопсии
4. концентрического сужения полей зрения
5. амавроза

5. Синдром Захарченко - Валленберга (латеральный медуллярный синдром) возникает при окклюзии

5

1. коротких циркулярных артерий моста
2. длинных циркулярных артерий моста
3. парамедианных артерий моста
4. нижней передней артерии мозжечка
5. нижней задней артерии мозжечка

6. К структурам эфферентной нервной регуляции мозгового кровообращения не относятся рецепторы

1

1. синокаротидной зоны
2. магистральных и мозговых сосудов

3. вазомоторных центров ствола

4. симпатических узлов на шее

5. гипоталамуса

7. Миогенный механизм регуляции мозгового кровообращения обеспечивает постоянство

1

1. притока крови по артериям мозга

2. кровотока в системе микроциркуляции

3. оттока по интракраниальным венам

4. коллатерального кровотока

5. верно 1 и 2

7. Не участвуют в гуморальном механизме регуляции мозгового кровообращения

3

1. катехоламины

2. пептиды

3. липопротеины

4. простагландины

5. нет правильного ответа

8. Симпатикотоническая форма вегетативной дистонии характеризуется 3

1. дистальным акроцианозом

2. потливостью

3. тахикардией

4. снижением температуры тела

5. диареей

9. Недостаточность кровоснабжения мозга при атеросклерозе обусловлена

5

1. стеноза магистральных сосудов на шее

2. снижения перфузионного давления

3. снижения эластичности эритроцитов

4. снижения активности свертывающей системы 5. все ответы верны

10. Очаговые поражения головного мозга редко наблюдаются

5

1. при узелковом периартериите Куссмауля - Мейера

2. при неспецифическом аорто-артериите (болезни Такаясу)

3. при височном артериите Хортон - Магата - Брауна

4. при облитерирующем тромбангите Винивартера - Бюргера

5. все ответы верные

11. При шейном остеохондрозе поражается артерия

2

1. основная
2. позвоночная
3. внутренняя сонная
4. наружная сонная
5. затылочная

12. Адекватное коллатеральное кровообращение головного мозга определяется состоянием

1. тонуса и реактивности сосудов
2. реологических свойств крови
3. свертывающей-противосвертывающей системы
4. системной и центральной гемодинамики
5. все ответы верные

13. Компенсаторными механизмами, предотвращающими развитие инсультов, являются все, кроме: 2

1. гемодинамический резерв
2. понижение диастолического давления
3. повышение систолического артериального давления
4. активизация системы коллатерального кровообращения
5. сохранение цереброваскулярной реактивности

14. Диагностические признаки субарахноидального кровоизлияния могут быть получены 1, 3

1. при люмбальной пункции
2. при ангиографии
3. при компьютерной томографии
4. при всех перечисленных методах
5. при МРТ

15. Стадии дисциркуляторной энцефалопатии выделяют на основании 1 5

1. нейровизуализационных изменений
2. изменения показателей РЭГ
3. выраженности соматических расстройств
4. степени повышения артериального давления
5. выраженности неврологического дефекта

16. Диагноз малого инсульта устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу не позднее

- 2
1. 1 недели
2. 3 недель

3. 1 месяца
4. 3 месяцев
5. 6 месяцев

17. Для верификации патологической извитости позвоночных артерий применяют
2

1. реоэнцефалографию
2. дуплексное сканирование сосудов шеи
3. МРТ
4. компьютерную томографию
5. позитронно-эмиссионную томографию

18. Для хронической вертебробазилярной недостаточности не характерно наличие
2

1. дизартрии
2. афазии
3. расстройств зрения
4. нарушений статики и походки
5. верно 3

19. При окклюзии общей сонной артерии находят на той же стороне 5

1. снижение пульсации внутренней сонной артерии
2. усиление пульсации внутренней сонной артерии
3. снижение пульсации височной артерии
4. усиление пульсации височной артерии 5. верно 1 3

20. При окклюзии внутренней сонной артерии находят на той же стороне 3 4

1. снижение пульсации наружной сонной артерии
2. снижение пульсации височной артерии
3. усиление пульсации наружной сонной артерии
4. усиление пульсации височной артерии 5. все неправильно

21. Для псевдобульбарного синдрома не характерно наличие **в анатомию**
4

1. дизартрии
2. дисфонии
3. дисфагии
4. фибрилляции языка
5. симптомов орального автоматизма

22. Псевдобульбарный синдром развивается при сочетанном поражении
5

1. пирамидных и мозжечковых путей доминантного полушария

2. пирамидных и мозжечковых путей недоминантного полушария
3. пирамидных и экстрапиримидных путей доминантного полушария
4. пирамидных и экстрапиримидных путей недоминантного полушария
5. пирамидных путей доминантного и недоминантного полушарий

23. При формулировании диагноза сосудистого заболевания головного мозга согласно классификации НИИ неврологии АМН РФ на первое место выносится :

2

1. этиология сосудистого процесса
2. характер нарушения мозгового кровообращения
3. пораженный сосудистый бассейн
4. клинический синдром
5. состояние трудоспособности

24. При инфаркте в бассейне передней артерии сосудистого сплетения (передняя ворсинчатая) не бывает

3

1. гемиплегии
2. гемианестезии
3. афазии
4. вазомоторных нарушений в области парализованных конечностей
5. гемианопсии

25. Для профилактики преходящих нарушений мозгового кровообращения назначают все, кроме: 4

1. аспирин
2. тиклид
3. варфарин
4. этамзилат 5. дипиридамол

26. Антиагрегантными свойствами обладают все перечисленные препараты, кроме

4

1. ацетилсалициловой кислоты (аспирин)
2. пентоксифиллина
3. пирацетама
4. глицина
5. индометацина

27. Причиной преходящего нарушения мозгового кровообращения не является

4

1. падение перфузионного артериального давления
2. артерио-артериальная микроэмболия
3. спазм мозговых артерий
4. окклюзия мозговых артерий

5. окклюзия экстракраниальных магистральных артерий головы

28. Для преходящего нарушения мозгового кровообращения в вертебробазилярной системе не характерно наличие 5

1. двоения в глазах
2. альтернирующих синдромов
3. двусторонних парезов
4. атаксии
5. оптико-пирамидного синдрома

29. Подключичный синдром обкрадывания возникает при закупорке

1 2

1. безымянной артерии
2. проксимального отдела подключичной артерии
3. дистального отдела подключичной артерии
4. всего перечисленного
- 5.ничего из перечисленного

30. Стволовая симптоматика при подключичном синдроме обкрадывания появляется или усиливается 3

1. при глубоком вдохе
2. при повороте головы в сторону поражения
3. при движениях рукой на стороне поражения
4. при всех перечисленных действиях
5. ни при одном из перечисленных действий

31. Геморрагический инфаркт головного мозга локализуется

2 3

1. в белом веществе
2. в сером веществе
3. в подкорковых узлах
4. в стволе мозга
5. возможна любая локализация

32. К развитию тромбоза мозговых артерий не приводит

4

1. снижение артериального давления и замедление кровотока
2. повышение вязкости и агрегации
3. повышение коагуляционной активности крови
4. повышение фибринолитической активности крови
- 5.все ответы верны

33. Для тромбоза мозговых сосудов характерно

3

1. наличие в анамнезе транзиторных ишемических атак

2. наличие симптомов-предвестников
3. постепенное формирование очаговой симптоматики
4. малая выраженность общемозговой симптоматики
5. отсутствие смещения М-эха

34. Для эмболии мозговых артерий характерно все перечисленное, кроме 2

1. внезапного развития очаговой симптоматики
2. отека соска зрительного нерва на стороне эмболии
3. наличия общемозговой симптоматики
4. наличия мерцательной аритмии
5. развития во время физической активности

35.Тромбоз основной артерии проявляется

1 2 3

1. преимущественным поражением варолиева моста
2. корковой слепотой
3. вегетативно-висцеральными кризами
4. моторной афазией
5. астереогнозом

36. Поражение нервной системы при узелковом периаартериите проявляется

5

1. множественными мононейропатиями
2. миелопатией
3. субарахноидальными кровоизлияниями
4. паренхиматозными кровоизлияниями
5. все перечисленное

37. Показанием к гиперволемической гемодилюции при ишемическом инсульте является наличие

5

1. анурии
2. сердечной недостаточности
3. артериального давления ниже 120/60 мм рт. ст.
4. артериального давления свыше 200/100 мм рт. ст.
5. гематокрита 45%

38. Показаниями к раннему назначению гепарина при инсульте являются:

1

1. кардиоцеребральная эмболия
2. мерцательная аритмия
3. эпилептический синдром
4. развитие синдромов обкрадывания

5. лакунарные инфаркты

39. При ишемическом инсульте для улучшения реологии крови вводится :

1 2 3

1. реополиглюкина
2. реомакродекса
3. полиглюкина
4. физиологического раствора
5. кавинтона

40. Гиперосмолярный синдром специфичен

5

1. для тромботического инфаркта
2. для геморрагического инфаркта
3. для кровоизлияния в мозг
4. преходящего нарушения мозгового кровообращения
5. ни для чего из перечисленного

41. При субарахноидальном кровоизлиянии обязательным является

2

1. утрата сознания
2. кровянистый ликвор
3. смещение срединного эхо-сигнала
4. контралатеральный гемипарез
5. все перечисленное

42. При кровоизлиянии в ствол мозга наблюдаются:

5

1. поражение черепно-мозговых нервов
2. менингеальный синдром
3. зрачковые расстройства
4. двусторонние пирамидные симптомы
- 5 все ответы правильные

43. При кровоизлиянии в мозжечок выявляется

5

1. утрата сознания
2. атаксия
3. дислокационные симптомы
4. гемипарез
5. все перечисленное

44. Горметонией называют состояние, при котором наблюдается 4

1. генерализованная гипотония мышц в сочетании с нарушением ритма дыхания

2. повышение мышечного тонуса в сгибателях верхних конечностей и разгибателях нижних конечностей
3. повышение мышечного тонуса в разгибателях верхних конечностей и сгибателях нижних конечностей
4. повторяющиеся пароксизмы повышения мышечного тонуса в разгибателях конечностей
5. неравномерное повышение мышечного тонуса

45. Противопоказанием к транспортировке в неврологический стационар больного с кровоизлиянием в мозг является 5

1. утрата сознания
2. рвота
3. психомоторное возбуждение
4. инфаркт миокарда
5. агональное состояние

46. Аневризма артерий мозга диаметром 3 мм может быть диагностирована с помощью 1

1. ангиографии
2. реоэнцефалографии
3. ультразвуковой доплерографии
4. компьютерной томографии
5. радиоизотопной сцинтиграфии

46. Для неразорвавшейся аневризмы субклиноидной части внутренней сонной артерии характерно поражение

- 1
1. III-VI пары черепных нервов
2. VII, VIII пары черепных нервов
3. IX, X пары черепных нервов
4. XI, XII пары черепных нервов
5. все неверно

47. При неразорвавшейся аневризме основной артерии часто наблюдается синдром 5

1. верхней глазничной щели
2. наружной стенки кавернозного синуса
3. поражения силвиевой борозды
4. поражения шпорной борозды
5. лицевой гемиспазм

48. У больных с неразорвавшейся конвексальной артериовенозной аневризмой наблюдают 5

1. нарушения зрения

2. глазодвигательные расстройства
3. менингеальные симптомы
4. повышение внутричерепного давления
5. эпилептиформные припадки

49. Для инструментальной диагностики спонтанного субарахноидального кровоизлияния необходимо провести

1 4

1. ангиографии
2. реоэнцефалографии
3. ультразвуковой доплерографии
4. компьютерной томографии
5. радиоизотопной сцинтиграфии

50. Тромбоз поверхностных мозговых вен характеризуется всем, кроме

5

1. наличие общемозговых симптомов
2. отек дисков зрительных нервов
3. изменчивость очаговых симптомов
4. менингеальный синдром
5. субфебрилитет

51. Для лечения нарушений венозного кровообращения мозга при нормальном уровне системного артериального давления следует применять 1 2 3

1. троксевазин
2. кавинтон
3. эуфиллин
4. ницерголин 5. инстенон

52. Компьютерная томография диагностирует гиперденситивные участки геморрагий в мозг через

1

1. 1 ч от начала кровоизлияния
2. 3 ч от начала кровоизлияния
3. 6 ч от начала кровоизлияния
4. 12 ч от начала кровоизлияния
5. 24 ч от начала кровоизлияния

53. Отличие окклюзии нижнего сегмента брюшной аорты от ишемии нижнего

спинального
бассейна 4

1. нижней параплегией
2. расстройством функции тазовых органов

3. проводниковыми нарушениями чувствительности

4. отсутствием пульсации артерий ног

5. всем перечисленным

54. Причиной кровоизлияния в спинной мозг является все, кроме 3

1. гипертоническая болезнь

2. атеросклероз

3. сосудистая форма нейросифилиса

4. спинальная артериовенозная мальформация

5. гипокоагуляция

55. Нарушение венозного кровообращения в спинном мозге локализуется в 2

1. передних рогах

2. задних рогах и центромедуллярной зоне

3. боковых рогах

4. передних канатиках

5. все верно

56. Методом ранней дифференциальной диагностики инсульта является

3

1. классическая электроэнцефалография

2. реоэнцефалография

3. компьютерная томография

4. магнитно-резонансная томография

5. позитронно-эмиссионная томография

57. Изолированный двигательный дефицит наблюдается при:

2

1. инсульт в проекции внутренней капсулы

2. лакунарном инсульте

3. инсульт в проекции зрительного бугра

4. инсульт в проекции хвостатого ядра 5. инсульт в проекции миндалин мозжечка

58. Изолированный сенсорный дефицит при инсульте может указывать на повреждение

2

1. внутренней капсулы

2. зрительного бугра

3. гиппокампа

4. бледного шара

5. моста

59. Септическая аневризма обычно развивается при

1

1. бактериальной инфекции

2. грибковой инфекции
3. неинфекционных артериитах
4. гиперплазии эндотелия
5. вирусной инфекции

60. Частая причина мозгового инфаркта это:

1

1. атеросклероз
2. фиброзно-мышечная дисплазия
3. эмболия мозга
4. гипертензионная гиперплазия интимы
5. воспаление сосудов мозговых оболочек

61. При лакунарном инсульте имеется все, кроме

1

1. тромбоза базилярной артерии
2. чисто двигательного дефицита при инсульте
3. чисто сенсорного дефицита при инсульте
4. дизартрии
5. синдрома атаксической гемиплегии

62. Факторами риска развития церебрального инфаркта являются все нижеперечисленные моменты, кроме

1

1. гипотиреоза
2. гиперхолестеринемии
3. фибрилляции предсердий
4. артериальной гипертензии
5. курения

63. Какие из перечисленных сосудов являются ветвями внутренней сонной артерии?

1 3 5

1. средняя мозговая
2. задняя соединительная
3. глазничная
4. задняя мозговая
5. передняя мозговая

64. Перечислите основные признаки субарахноидального кровоизлияния

1 3 4

1. общемозговые симптомы
2. белково-клеточная диссоциация
3. менингеальные симптомы
4. кровь в ликворе
5. гемипарез

65.К преходящим нарушениям мозгового кровообращения относятся

1 3

1. транзиторные ишемические атаки
2. субарахноидальное кровоизлияние
3. гипертонические церебральные кризы
4. малый инсульт
5. ничего из перечисленного

66. «Мерцание» симптомов характерно для:

3

1. геморрагического инсульта
2. субарахноидального кровоизлияния
3. ишемического инсульта
4. церебральных кризов
5. опухолей головного мозга

67.В патогенезе ишемического инсульта значимы:

2 3 5

1. разрыв сосуда головного мозга
2. окклюзия мозгового сосуда
3. изменение реологических свойств крови
4. повышение проницаемости сосудистой стенки
5. ДВС-синдром

68. Интенсивная терапия при ишемическом инсульте включает все, кроме 4

1. улучшения перфузии ткани мозга
2. нейропротекторной терапии
3. коррекции реологических и коагуляционных свойств крови
4. гиполипидемической терапии
5. коррекции нарушений микроциркуляции

68. Прорыв гематомы в боковой желудочек проявляется всеми перечисленными симптомами, кроме

4

1. глубокой комы
2. нарушений дыхания и сердечного ритма
3. гипертермии, гипергликемии
4. тетраплегии
5. угасания сухожильных рефлексов

69. Клинические симптомы преходящего нарушения мозгового кровообращения проходят не позднее, чем через 3

1. 72 часа
2. 12 часов

3. 24 часа
4. 36 часов
5. 48 часов

70. Острая окклюзионная гидроцефалия является осложнением

1 5

1. кровоизлияния в области зрительного бугра
2. кровоизлияния в лобной доле
3. субарахноидальное кровоизлияние
4. острая гипертоническая энцефалопатия
5. кровоизлияния в мозжечок

71. Какой из перечисленных препаратов не применяется при ишемическом инсульте?

4

1. реополиглюкин
2. актовегин
3. активатор тканевого плазминогена
4. аминокaproновая кислота
5. церебролизин

72. В ликворе ксантохромия, давление повышено. Это не характерно для:

4 5

1. туберкулезного менингита
2. арахноидита
3. субарахноидального кровоизлияния
4. гнойного менингита
5. ишемического инсульта

73. Продолжительность «терапевтического окна» при ишемическом инсульте

4

1. 12 часов
2. 24 часа
3. 5-10 часов
4. 3-6 часов
5. 2 часа

74. Гемодилюция противопоказана при всем, кроме

4

1. сердечной недостаточности
2. почечной недостаточности
3. нестабильной стенокардии
4. гематокрите 50%
5. геморрагической трансформации инфаркта мозга

75. Утрата сознания, нарушение дыхания, повышение артериального давления, брадикардия, багово-цианотичный цвет лица, горметония характерны для 5

1. эмболического ишемического инсульта
2. субарахноидального кровоизлияния
3. паренхиматозного кровоизлияния
4. абсцесса мозга
5. вентрикулярного кровоизлияния

76. Коррекция хронической гипоперфузии мозга подразумевает

1. гемодилюцию
2. антиагрегантную терапию
3. вазоактивные препараты
4. нейропротективную терапию
5. все ответы правильные

77. Симптомами тромбоза верхнего сагиттального синуса являются все перечисленные, кроме

1. диффузный цианоз
2. отечность век
3. нижний парапарез
4. джексоновские приступы
5. зрительные галлюцинации

78. Экстренная неспециализированная помощь при инсультах включает все, кроме 4

1. коррекцию нарушений гемодинамики и дыхания
2. купирование эпилептического синдрома
3. купирование психомоторного возбуждения
4. применение антикоагулянтов
5. предупреждение отека легких

78. В третьей стадии дисциркуляторной энцефалопатии не назначаются:

1. гиполлипидемические препараты
2. гипотензивные препараты
3. анаболические гормоны
4. церебральные вазодилататоры
5. антиагреганты

79. Для инсульта, развивающегося по типу гемодинамического, не характерно наличие 1 5

1. высокого артериального давления
2. низкого артериального давления

3. ортостатических эпизодов в анамнезе
4. острой сердечной недостаточности
5. менингеальных симптомов

ТРАВМЫ И ОПУХОЛИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

1. Согласно классификации черепно-мозговой травмы не выделяют
3

1. ушиб головного мозга легкой степени тяжести
2. сдавление головного мозга вследствие эпидуральной гематомы
3. сотрясение головного мозга тяжелой степени
4. сдавление головного мозга на фоне его ушиба
5. ушиб головного мозга средней степени тяжести

2. Диффузное аксональное повреждение головного мозга при черепно-мозговой травме характеризуется

- 1
1. длительным коматозным состоянием с момента травмы
2. развитием комы после "светлого" периода
3. отсутствием потери сознания
4. кратковременной потерей сознания
5. все ответы неверные

3. К открытой черепно-мозговой травме относится травма
2

1. с ушибленной раной мягких тканей без повреждения апоневроза
2. с переломом костей черепа и повреждением апоневроза
3. с переломом костей свода черепа без повреждения апоневроза
4. с переломом костей основания черепа без ликвореи
5. с повреждением костей черепа

4. Сотрясение головного мозга в сочетании с повреждением мягких тканей относится к черепно-мозговой травме 2

1. легкой открытой
2. легкой закрытой
3. открытой средней тяжести
4. закрытой средней тяжести
5. открытой проникающей

5. Для внутричерепной гипертензии характерна головная боль
1

1. распирающего характера
2. острого характера в затылочной части
3. пульсирующего характера по всей голове
4. сдавливающего характера в лобно-теменной области
5. простреливающего характера

6. Развитие при черепно-мозговой травме гемиплегии свидетельствует

1 2

1. о внутричерепной гематоме
2. об ушибе мозга
3. о переломе костей черепа
4. о внутричерепной гипертензии
5. о субарахноидальном кровоизлиянии

7. Тяжесть черепно-мозговой травмы определяется по глубине и продолжительности

1 2 3

1. нарушений сознания
2. расстройства жизненно важных функций
3. очаговых неврологических нарушений
4. вегетативных нарушений
5. все ответы неверные

8. Наиболее постоянными очаговыми симптомами при эпидуральной гематоме являются

1 4

1. расширение зрачка на стороне гематомы
2. расширение зрачка на противоположной стороне
3. гемипарез на стороне гематомы
4. гемипарез на противоположной стороне
5. все ответы неправильные

9. Характерные диагностические признаки субдуральной гематомы получают

1

1. при компьютерной томографии
2. при МРТ
3. при эхоэнцефалографии
4. при реоэнцефалографии
5. при краниографии

10. Если после черепно-мозговой травмы развиваются ригидность затылочных мышц и светобоязнь при отсутствии очаговых симптомов, то наиболее вероятен диагноз 2

1. сотрясение мозга
2. субарахноидальное кровоизлияние
3. ушиб мозга
4. внутричерепная гематома
5. перелом основания черепа

11. Осложнение черепно-мозговой травмы кровоизлиянием в желудочки мозга характеризуется появлением в клинической картине 2

1. плавающего взора

2. горметонического синдрома
3. гиперкатаболического типа вегетативных функций
4. нарушения сознания
5. двусторонних пирамидных стопных знаков

12. Положительные диагностические признаки субарахноидального кровоизлияния могут быть получены

1 3

1. при люмбальной пункции
2. при ангиографии
3. при компьютерной томографии
4. при реоэнцефалографии
5. при эхоэнцефалографии

13. Острая субдуральная гематома на компьютерной томограмме характеризуется зоной

1

1. гомогенного повышения плотности
2. гомогенного понижения плотности
3. неоднородного повышения плотности
4. отека мозга
5. зоной понижения плотности

14. Нарастание мидриаса на стороне эпидуральной гематомы и гемипареза на другой стороне обусловлено 4

1. асимметричной гидроцефалией
2. сдавлением коры моторной области
3. ущемлением ствола в затылочном отверстии
4. сдавлением ножки мозга
5. все ответы неправильные

15. Краниографические признаки острой травмы черепа характеризуются

5

1. "пальцевыми вдавлениями"
2. усиленным сосудистым рисунком
3. увеличением глубины турецкого седла
4. остеопорозом затылочной кости и затылочного полукольца
5. ни одним из перечисленных признаков

16. Для опухоли преоторной области лобной доли характерны

3

1. гемипарез с преобладанием в ноге
2. сенсорная афазия
3. адверсивные эпилептические припадки
4. атрофия зрительного нерва на стороне опухоли

5. anosmia

17. Проникающей называют черепно-мозговую травму

4

1. при ушибленной ране мягких тканей
2. при повреждении апоневроза
3. при переломе костей свода черепа
4. при повреждении твердой мозговой оболочки
5. при повреждении мягких тканей и переломе костей черепа

18. Необходимым условием начала лечения больного с тяжелой черепно-мозговой травмой является 3 4

1. введение в вену кардиотонических средств
2. введение в вену антигипертензивных средств
3. освобождение дыхательных путей от инородных тел
4. иммобилизация шейного отдела позвоночника
5. все перечисленное

19. Церебральными осложнениями эпидуральной гематомы являются

1 2 3

1. отек мозга
2. компрессия мозга
3. дислокация мозга
4. менингит
5. все перечисленное

20. Для коррекции метаболического ацидоза в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы показана внутривенная инфузия 2

1. 5% раствора глюкозы
2. 4% раствора бикарбоната натрия
3. раствора поляризующей смеси
4. физиологического раствора
5. ничего из перечисленного

21. При комбинированной черепно-мозговой травме для лечения артериальной гипотензии в результате кровопотери предпочтение отдается назначению

3

1. кардиотонических средств
2. симпатомиметиков
3. низкомолекулярных декстранов
4. α -адренергических блокаторов
5. осмотических диуретиков

22. Причиной артериальной гипертензии при острой тяжелой черепно-мозговой травме являются

1 2 3

1. церебральная гипоксия
2. реакция на боль
3. поражение диэнцефально-мезенцефальных структур
4. кровопотеря
5. нарушение гемато-энцефалического барьера

23. В связи с меньшим влиянием на электролитный баланс для лечения отека мозга при тяжелой черепно-мозговой травме следует выбрать

3

1. гидрокортизон
2. преднизолон
3. дексаметазон
4. кортизон
5. ничего из перечисленного

24. Для коррекции падения сердечной деятельности при острой тяжелой черепно-мозговой травме целесообразнее назначить

4

1. адреналин
2. норадреналин
3. метазон
4. дофамин
5. эфедрин

25. Посттравматическая порэнцефалия характеризуется наличием внутримозговых каналов, соединяющих желудочки мозга

2 3 4

1. между собой
2. с подпаутинным пространством
3. с оболочечными кистами
4. с внутримозговыми кистами
5. с венозными синусами

26. Гиперактивацию симпатoadреналовой системы в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы подавляют

1 3

1. нейролептиками
2. антидепрессантами
3. барбитуратами
4. всем перечисленным
5. все ответы неверные

27. Для лечения гиперосмолярного синдрома при тяжелой черепно-мозговой травме не следует назначать

1

1. маннитол
2. реополиглюкин
3. полиглюкин
4. альбумин
5. 5%-ный раствор глюкозы

28. Для коррекции дефицита дофаминергической активности при выходе из острейшего периода тяжелой черепно-мозговой травмы (апалический или акинето-ригидный синдром) назначают 1 2

1. L-допа
2. наком (синемет, мадопар)
3. циклодол
4. рибоксин
5. токоферол

29. Для угнетения гиперактивации вестибуло-вегетативных рефлексов в остром периоде черепно-мозговой травмы назначают

2

1. анаприлин
2. беттагистин
3. метоклопрамид
4. эуфиллин
5. пиридитол

30. Ремиттирующее течение первичных опухолей спинного мозга определяется наиболее часто при их локализации 1

1. в поясничном отделе
2. в шейном отделе
3. в области конского хвоста
4. в грудном отделе
5. все ответы неправильные

31. Причиной внутричерепной гипотензии после черепно-мозговой травмы может быть 5

1. снижение продукции спинномозговой жидкости
2. усиление всасывания спинномозговой жидкости
3. скрытая ликворея
4. избыточная дегидратация
5. все ответы правильные

32. Для диагностики посттравматической ринореи в отделяемом из носа необходимо исследовать 3

1. белок
2. цитоз
3. глюкозу
4. натрий
5. хлориды

33. Для диагностики посттравматической скрытой ликвореи необходимо произвести компьютерную томографию головы после введения контраста

2

1. в вену
2. эндolumбально
3. в желудочки мозга
4. внутриартериально
5. контраст не используется

34. Посттравматическая вестибулопатия может быть результатом 5

1. вазоспазма
2. повышения внутричерепного давления
3. поражения ствола мозга
4. ничего из перечисленного
5. правильно 1,2,3

35. Нестабильность шейного отдела позвоночника после сочетанной краниовертебральной травмы можно выявить с помощью

5

1. магнитно-резонансной томографии
2. компьютерной томографии
3. латеральной функциональной рентгенографии
4. нисходящей контрастной миелографии
5. правильно 2 3

36. Ремиттирующее течение спинальных опухолей наиболее часто наблюдается

2

1. при ангиоретикулемах
2. при глиомах
3. при менингиомах
4. при невриномах
5. при эпендимомах

37. Посттравматический синдром нормотензивной гидроцефалии (Хакима - Адамса) проявляется триадой симптомов

3

1. головная боль, снижение памяти, дезориентированность
2. головная боль, снижение зрения, атаксия
3. нарушение походки, недержание мочи, деменция
4. головокружение, астазия-абазия, сенсорная атаксия

5. головная боль, головокружение, тошнота

38. Нейропротекторы с седативным эффектом при черепно-мозговой травме можно применять 4

1. спустя 3 дня после травмы
2. спустя неделю после травмы
3. в резидуальном периоде
4. в любые сроки
5. они вообще не показаны

39. Морфологическим субстратом остаточных явлений тяжелой черепно-мозговой травмы являются 1 2 3

1. рубцово-спаечные изменения в оболочках
2. паренхиматозные кисты
3. разрастание глии в пораженных травмой участках
4. демиелинизирующий процесс
5. вегетативные дисфункции

40. Патогенетическим фактором эпилептиформного синдрома после тяжелой черепно-мозговой травмы является 5

1. паренхиматозной кисты
2. оболочечной кисты
3. коллагенового оболочечно-мозгового рубца
4. ликвородинамики
5. все ответы правильные

41. Джексоновские припадки при посттравматической эпилепсии проявляются при локализации патологического очага в области 3

1. лобной доли
2. теменной доли
3. центральных извилин
4. извилины Гешля
5. височной доли

42. Первично генерализованные судороги при посттравматической эпилепсии проявляются при патологических очагах

1 2

1. в лобной доле
2. в теменной доле
3. в височной доле
4. в затылочной доле
5. в мозжечке

43. При хронических посттравматических абсцессах мозга корковой локализации в клинической картине преобладает 3

1. наличие внутричерепной гипертензии
2. общемозговая симптоматика
3. фокальные судорожные приступы
4. менингеальный синдром
5. в равной мере все перечисленное

44. Для тенториального (намета мозжечка) синдрома Бурденко - Крамера характерны
1 2 4

1. боли в глазных яблоках
2. светобоязнь
3. кохлеовестибулярные расстройства
4. боли в лобно-орбитальной области
5. отечность верхней части лица

45. Наиболее ранним проявлением гематомиелии травматического происхождения является наличие

4

1. расстройств глубокой чувствительности
2. синдрома Броун - Секара
3. двигательных проводниковых нарушений
4. сегментарно-диссоциированных расстройств чувствительности
5. все ответы неправильные

46. Нестабильность позвоночно-двигательного сегмента при позвоночно-спинальной травме возникает вследствие 2 3

1. компрессии позвонков
2. повреждения фиброзных колец межпозвонковых дисков
3. повреждения желтых связок
4. всех перечисленных факторов
5. все неправильно

47. При сдавлении периферического нерва проводимость при ЭНМГ по нерву полностью восстанавливается не позднее 2

1. 3 дней
2. 3 недель
3. 3 месяцев
4. неверно все перечисленное
5. вообще не восстанавливается

48. При ушибе нервного ствола

1 3

1. сохраняется анатомическая целостность нерва
2. происходит полный перерыв нервного ствола
3. происходит кровоизлияние в ствол нерва и отек окружающих тканей
4. происходит частичный перерыв нервного ствола
5. все ответы правильные

49. Среди первичных опухолей спинного мозга наиболее редко встречаются

2

1. глиомы
2. гемангиомы
3. невриномы
4. менингиомы
5. все ответы верные

50. Для сочетанного травматического повреждения нервного ствола и сосудов, питающих нерв, характерно

1 2

1. отечность дистальных отделов конечности
2. гиперемия дистальных отделов конечности
3. понижение кожной температуры конечности
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

51. При травматическом параличе Дюшенна - Эрба страдает функция мышц

1 2

1. дельтовидной и трехглавой плеча
2. двуглавой и внутренней плечевой
3. сгибателей кисти
4. все перечисленное
5. все ответы неверные

52. При травматическом параличе Дежерина - Клюбке нарушается чувствительность

2 3

1. на наружной поверхности предплечья
2. на внутренней поверхности кисти
3. на внутренней поверхности плеча
4. на наружной поверхности кисти
5. все ответы правильные

53. Скорость регенерации поврежденного аксона при травматическом разрыве нерва составляет 5

1. 0.1 мм в сутки
2. 1 мм в сутки
3. 10 мм в сутки
4. 1 мм в 10 дней
5. 1,5-2 мм в день

54. Наиболее ранним признаком регенерации аксона при травме периферического нерва является 1

1. появление парестезий в зоне иннервации поврежденного нерва

2. появление стойкого болевого синдрома в дистальных участках зоны, иннервируемой поврежденным нервом
3. регресс трофических расстройств
4. регресс болевого синдрома в дистальных отделах поврежденной конечности
5. все ответы правильные

55. Для травматического разрыва проксимального отдела плечевого сплетения характерны
1

1. паралич Дюшенна - Эрба
2. гипотрофия зубчатой и ромбовидной мышц
3. паралич Дежерина -Клюмпке
4. гипотрофия круглого пронатора
5. периферический паралич руки

56. Для неполного травматического перерыва нервного ствола характерны 5

1. сочетание симптомов выпадения с симптомами раздражения в чувствительной сфере
2. сосудистые расстройства в зоне иннервации
3. выраженный болевой синдром
4. вегетативно-трофические расстройства в зоне иннервации
5. все ответы верные

57. Для травматического разрыва лучевого нерва в верхней трети плеча характерен паралич
1 2 3

1. разгибателей предплечья
2. разгибателей кисти
3. мышцы, отводящей большой палец
4. дельтовидной мышцы
5. все ответы неправильные

58. Для травматического разрыва лучевого нерва на уровне средней трети плеча характерны
3

1. паралич разгибателей предплечья
2. выпадение рефлекса с трехглавой мышцы плеча
3. паралич разгибателей кисти
4. нарушение чувствительности на внутренней поверхности плеча
5. все ответы верные

59. Для травматического разрыва лучевого нерва на уровне предплечья характерны
2 3

1. паралич разгибателей предплечья
2. паралич разгибателей кисти
3. паралич разгибателей пальцев
4. атрофия межкостной мышцы
5. все перечисленное

60. Для полного травматического разрыва локтевого нерва характерно
5

1. нарушение ладонного сгибания кисти
2. нарушение сгибания 4-го и 5-го пальцев кисти
3. анестезия в зоне 5-го пальца кисти
4. атрофия межкостных мышц кисти
5. все ответы правильные

61. Для полного травматического разрыва срединного нерва характерны
5

1. нарушение пронации кисти
2. нарушение ладонного сгибания кисти
3. нарушение суставно-мышечного чувства в концевой фаланге 2-го пальца
4. атрофия мышц возвышения большого пальца
5. все перечисленное

62. Для травматического ушиба седалищного нерва выше ягодичной складки характерны
1 2 4

1. парез разгибателей голени
2. выпадение ахиллова рефлекса
3. выпадение коленного рефлекса
4. паралич стопы и пальцев ног
5. все ответы правильные

63. Для полного травматического разрыва периферического нерва характерны 3

1. боль при перкуссии по ходу нерва ниже места повреждения
2. парестезия в зоне иннервации поврежденного нерва
3. вялый паралич и анестезия в зоне иннервации поврежденного нерва
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

64. Для лечения каузалгии, вызванной ушибом периферического нерва, применяют 1
2 4

1. антидепрессанты, нейролептики, симпатолитики
2. блокады симпатических ганглиев, симпатэктомию
3. тепловые согревающие процедуры
4. противосудорожные препараты
5. все перечисленное

65. Характерными признаками каузалгии являются

- 1
1. интенсивные жгучие боли, не соответствующие зоне иннервации травмированного нерва

2. гипалгезия и парестезии в зоне иннервации травмированного нерва
3. нестерпимая боль при давлении на нервный ствол
4. все перечисленные
5. приступообразные стреляющие боли

66. Основным признаком фантомного болевого синдрома является
2

1. гипестезия в культе конечности
2. ощущение боли в несуществующей части удаленной конечности
3. отечность, цианоз культи конечности
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

67. Для спинальной опухоли эпидуральной локализации характерен
1 4

1. корешковый синдром
2. симптом ликворного толчка
3. симптом вклинения
4. симптом остистого отростка
5. все перечисленное

68. Для интрамедуллярной спинальной опухоли наиболее характерно наличие
1

1. сегментарного диссоциированного расстройства чувствительности
2. корешковых болей положения
3. ранней блокады субарахноидального пространства
4. рентгенологического симптома Эльсберга - Дайка.
5. ничего из перечисленного

69. Спондилография наименее информативна, если опухоль спинного мозга локализуется 1

1. интрамедуллярно
2. субдурально
3. эпидурально
4. эпидурально-экстравертебрально 5. все ответы неправильные

70. Экстремедуллярные опухоли спинного мозга часто располагаются на его
3

1. переднебоковой поверхности
2. задней поверхности
3. задней и заднебоковой поверхности
4. передней поверхности 5. все перечисленное верно

71. Эпилептические припадки наблюдаются
5

1. при менингиомах
2. при астроцитомах
3. при мультиформных глиобластомах
4. ни при чем из перечисленного
5. все ответы верные

72. Опухолью передних отделов боковых желудочков наиболее часто является

- 3
1. менингиома
2. хориоидпапиллома
3. эпендимома
4. астроцитома
5. аденома

73. Наиболее часто встречаются невриномы нерва

- 3
1. зрительного
2. тройничного
3. слухового
4. подъязычного
5. добавочного

74. Генерализованные судорожные припадки бывают при локализации опухоли в следующей доле мозга 2

1. лобной
2. височной
3. теменной
4. затылочной
5. одинаково часто в любой из перечисленных

75. Адверсивные судорожные приступы с насильственным поворотом головы в здоровую сторону чаще наступают при локализации опухоли в следующей доле мозга

- 1
1. лобной
2. теменной
3. височной
4. затылочной
5. одинаково часто в любой из перечисленных

76. Чтобы купировать психомоторное возбуждение при тяжелой черепно-мозговой травме, назначают

- 1
1. диазепам
2. аминазин
3. гексенал

4. галоперидол

5. грандаксин

77. Эхо-энцефалоскопия наиболее информативна при локализации опухоли

1

1. в височной доле

2. в задней черепной ямке

3. в стволе мозга

4. в затылочной доле

5. все перечисленное неверно

78. Люмбальная пункция противопоказана при подозрении на опухоль

1

1. задней черепной ямки

2. височной доли

3. VIII нерва

4. лобной доли

5. все перечисленное

79. Наиболее высокий уровень накопления радиофармпрепарата при проведении
всцинтиграфии характерен 1

1. для менингиом

2. для краниофарингиом

3. для аденом гипофиза

4. для неврином

5. для астроцитом

80. Для опухоли височной доли доминантного полушария характерна

2

1. моторная, сенсорная афазия

2. сенсорная, амнестическая афазия

3. моторная, семантическая афазия

4. сенсорная афазия, аутогнозия 5. моторная афазия, аутогнозия

81. Ранними симптомами опухоли лобно-мозолистой локализации являются

4

1. двусторонний пирамидный парез в ногах

2. нарушения координации

3. астазия-абазия

4. нарушения поведения

5. битемпоральные дефекты поля зрения

82. Среди афатических нарушений при опухоли нижней теменной доли наступает

3

1. моторная афазия
2. сенсорная афазия
3. семантическая афазия
4. амнестическая афазия
5. все ответы неверные

83. Для офтальмологической стадии супраселлярного роста аденомы гипофиза характерны

- 3
1. гомонимная гемианопсия
2. биназальная гемианопсия
3. битемпоральная гемианопсия
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

84. К развитию акромегалии приводят аденомы гипофиза

- 1
1. эозинофильные
2. базофильные
3. хромофобные
4. любого гистологического типа из перечисленных
5. все ответы неверные

85. Признаки акромегалии при аденоме гипофиза можно уменьшить

- 5
1. бромидом натрия
2. бромкриптином
3. бромкамфорой
4. любым из перечисленных препаратов
5. ни одним из перечисленных препаратов

86. Среди опухолей области турецкого седла обызвествление чаще наблюдают

- 2
1. в аденоме гипофиза
2. в краниофарингиоме
3. в арахноидэндотелиоме бугорка турецкого седла
4. в глиоме зрительного нерва
5. все ответы неверные

87. Острый асептический менингит наступает при прорыве и опорожнении кисты 4

1. эозинофильной аденомы
2. базофильной аденомы
3. хромофобной аденомы
4. краниофарингиомы

5. все ответы правильные

88. Синдром Бурденко - Крамера (боль в лобно-глазничной области, светобоязнь и слезотечение) при опухолях задней черепной ямки обусловлен 5

1. сдавлением структур передней черепной ямки при передне-заднем смещении мозга
2. нарушением ликвороциркуляции при близости опухоли к средней линии
3. общностью иннервации структур передней и задней черепной ямки
4. раздражением оболочек головного мозга
5. всеми перечисленными факторами

89. Битемпоральная гемианопсия при опухолях средней черепной ямки обусловлена

1

1. компрессией хиазмы
2. гидроцефалией III желудочка
3. нарушением кровообращения в хиазме
4. все ответы неверные
5. всеми перечисленными факторами

90. Вынужденное положение головы при субтенториальных опухолях реже наблюдается при опухоли 5

1. мосто-мозжечкового угла
2. IV желудочка
3. червя мозжечка
4. полушарий мозжечка
5. при любой из указанных локализаций

91. Изотопная γ -сцинтиграфия наиболее информативна при локализации опухоли

1

1. в полушариях мозга
2. в задней черепной ямке
3. в базальной области мозга
4. в области краниовертебрального перехода
5. все ответы правильные

92. При опухоли нижних отделов червя мозжечка (флоккуло-нодулярный синдром)

характерным признаком является

3

1. нарушение статики и походки
2. нарушение координации в конечностях
3. туловищная атаксия без дискоординации в конечностях
4. нижний пирамидный парез
5. вертикальный нистагм

93. К опухолям ЦНС оболочечно-сосудистого ряда относятся

4

1. астроцитомы
2. олигодендроглиомы
3. мультиформные спонгиобластомы
4. арахноидэндотелиомы
5. все перечисленные

94. К ранним симптомам арахноидэндотелиомы бугорка турецкого седла относятся

3

1. снижение обоняния
2. головная боль
3. снижение зрения
4. альтернирующий синдром Вебера
5. все перечисленные

95. Для расстройства зрения при арахноидэндотелиоме бугорка турецкого седла характерны

3

1. центральная и парацентральная скотома
2. гомонимная гемианопсия
3. битемпоральная гемианопсия
4. биназальная гемианопсия
5. правильного ответа нет

96. Перкуссия головы усиливает головную боль при опухоли головного мозга, так как при этом усиливаются 3

1. нарушения ликвороциркуляции
2. нарушения внутричерепного кровообращения
3. натяжение и дислокация оболочек и черепных нервов
4. затруднения венозного оттока
5. все перечисленные факторы

97. При конвекситальной локализации опухоли височной доли галлюцинации чаще бывают

2

1. зрительные
2. слуховые
3. обонятельные
4. вкусовые
5. все ответы правильные

98. При базальной локализации опухоли височной доли галлюцинации чаще бывают

3

1. зрительные
2. слуховые
3. обонятельные
4. вкусовые
5. все ответы правильные

99. Отоневрологическое исследование не помогает диагностике опухоли 5

1. варолиева моста
2. продолговатого мозга
3. мосто-мозжечкового угла
4. VIII черепного нерва
5. гипофиза

100. Компьютерная томография наиболее информативна при локализации опухоли

- 1
1. в полушариях головного мозга
 2. в базальной зоне головного мозга
 3. в задней черепной ямке
 4. в краниовертебральной области
 5. все ответы правильные

101. Первичным источником метастатических опухолей ЦНС чаще является рак

- 1
1. легких
 2. желудка
 3. грудной железы
 4. матки
 5. предстательной железы

102. Рвота при супратенториальных опухолях рассматривается как общемозговой симптом, поскольку возникает 4

1. вне связи с приемом пищи
2. независимо от перемены положения тела
3. после кратковременного ощущения тошноты
4. при повышении внутричерепного давления
5. все перечисленное

103. Отличительный признак неврита зрительного нерва от поражений нерва при опухолях головного мозга

- 3
1. жалобы на затуманивание зрения
 2. концентрическое сужение полей зрения
 3. быстрое снижение остроты зрения
 4. картина первичной атрофии зрительного нерва
 5. все перечисленное

104. Синдром Фостера - Кеннеди характеризуется

4

1. атрофией и застоем диска на стороне опухоли
2. атрофией и застоем диска с двух сторон
3. атрофией диска на стороне опухоли
4. атрофией диска на стороне опухоли и застоем на противоположной стороне
5. застойным диском с обеих сторон

105. Синдром Фостера - Кеннеди можно наблюдать при локализации опухоли в области

1

1. ольфакторной ямки
2. параселлярной области
3. малых крыльев основной кости
4. бугорка турецкого седла
5. задней черепной ямки

106. Гиперостозы черепа наиболее часты при:

1

1. менингиомах
2. гипофизарных аденомах
3. астроцитомах
4. невриномах
5. гемангиобластомах

107. Опухоли, возникающие у больных СПИДом, но крайне редкие в общей популяции:

4

1. лимфолейкоз
2. метастатическая лимфома
3. первичная саркома
4. саркома Капоши
5. лимфосаркома

108. Преждевременное половое развитие возникает при опухолях:

2

1. червя мозжечка
2. шишковидной железы
3. серпа мозга
4. передней спайки
5. субталамического ядра

110. Наиболее частыми источниками опухолей мозга являются:

1

1. глиальные клетки
2. нейроны
3. менингеальные клетки
4. лимфоциты
5. эндотелиальные клетки

111. Наиболее частый тип первичных опухолей мозга:

2

1. менингиома
2. астроцитома
3. лимфосаркома
4. олигодендроглиома
5. медуллобластома

112. У больного с синдромом Гиппеля-Линдау наиболее часто развиваются 3

1. мультиформная глиобластома
2. менингиома
3. гемангиобластома
4. эпендимома
5. пинеалома

113. Наиболее частый вид опухолей у больных с туберозным склерозом:

5

1. менингиома
2. эпендимома
3. глиома зрительного нерва
4. медуллобластома
5. астроцитома

114. Безусловным клиническим признаком перелома основания черепа является 2

1. кровотечение из уха
2. ликворея из уха
3. кровянистый ликвор
4. психомоторное возбуждение
5. все перечисленное

115. Двусторонний экзофтальм является признаком

1

1. гиперпродукции тиреотропного гормона
2. опухоли перекреста зрительных нервов
3. роста краниофарингиомы вперед и вверх (в сторону передних клиновидных отростков турецкого седла)
4. гипотиреоза
5. всего перечисленного

116. Гомонимная гемианопсия наступает в результате поражения

2 3 4

1. перекреста зрительных нервов
2. зрительного тракта

3. первичных зрительных центров
4. путей в лучистом венце
5. верно 2

117. Для лечения гипертензионной посттравматической головной боли назначают 2
3 4

1. центральные антигипертензивные средства
2. осмотические диуретики
3. глицерин
4. салуретики
5. антигистаминные препараты

118. Каузалгический болевой синдром руки наиболее часто встречается при ушибе
1

1. срединного нерва
2. локтевого нерва
3. покрывльцового нерва
4. затылочного нерва
5. лучевого нерва

119. Для травматического разрыва бедренного нерва выше пупартовой связки характерны 4

1. гипестезия на передней поверхности бедра
2. паралич сгибателей бедра
3. паралич разгибателей голени
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

120. Для травматического разрыва бедренного нерва ниже пупартовой связки характерны 4

1. паралич разгибателей голени
2. выпадение коленного рефлекса
3. атрофия четырехглавой мышцы бедра
4. все перечисленное
5. верно 1 и 2

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В НЕВРОПАТОЛОГИИ

1. Компьютерная томография мозга противопоказана, если у больного
4

1. диагностирован инфаркт миокарда
2. появились признаки поражения ствола
3. бессознательное состояние

4. беременность

5. все перечисленное

2. Симптом "вклинения" при проведении люмбальной пункции у больного с объемным спинальным процессом характеризуется

4

1. усилением корешковых болей при сдавлении шейных вен

2. нарастанием неврологической симптоматики при давлении на переднюю брюшную стенку

3. усилением корешковых болей при сгибании головы к груди

4. нарастанием неврологической симптоматики, витальными нарушениями после пункции

5. присоединение инфекционно-токсического шока

3. Потеря сознания при синкопальном состоянии обычно длится не более

5

1. 10 с

2. 1 мин 3. 3 мин 4. 5 мин

5. 20-30 сек

4. Для коматозного состояния не характерно

5

1. снижение сухожильных рефлексов

2. двусторонний симптом Бабинского

3. угнетение брюшных рефлексов

4. угнетение зрачковых реакций

5. целенаправленные защитные реакции

5. Для купирования мигренозного статуса не применяются препараты

2 3

1. противосудорожные

2. дегидратирующие

3 антихолинэстеразные

4. транквилизаторы

5. анальгетики

6. Для купирования приступа мигрени наиболее эффективны препараты

1

1. эрготамина

2. анальгетики

3. антигистаминовые

4. антисеротониновые 5. противосудорожные

7. Для мигренозного статуса не характерны

3

1. серия тяжелых, следующих друг за другом приступов

2. повторная многократная рвота
 3. тонико-клонические судороги
 4. повышение внутричерепного давления
 5. признаки раздражения оболочек мозга
-
8. Для холинергического криза не характерно наличие
- 1
 1. мидриаза
 2. гиперсаливации
 3. усиления перистальтики кишечника
 4. миофибрилляций
 5. все ответы правильные
-
9. При отравлении аминазином наблюдается
- 5
 1. снижение остроты зрения
 2. диплопия
 3. парез взора вверх
 4. мидриаз
 5. миоз
-
10. При отравлении фосфорорганическими соединениями снижение артериального давления, брадикардия, сужение зрачков обусловлены
- 3
 1. повышением активности симпатической системы
 2. снижением активности симпатической системы
 3. повышением активности парасимпатической системы
 4. снижением активности парасимпатической системы
 5. все ответы неправильные
-
11. Для поражения ботулиническим токсином не характерны
- 5
 1. гастроэнтерит
 2. поражение блуждающего, диафрагмального, глазодвигательного нервов
 3. сухость во рту
 4. диссоциация между тахикардией и невысокой температурой
 5. гиперсаливация
-
12. Сопор в отличие от комы характеризуется
- 2
 1. сохранностью вербального контакта
 2. сохранностью целенаправленных защитных двигательных реакций
 3. отсутствием целенаправленных защитных двигательных реакций
 4. отсутствием реакций на внешние раздражители
 5. отсутствием рефлексов

13. При миоплегическом гипокалиемическом статусе назначают

4

1. антихолинэстеразные средства
2. антихолинергические средства
3. мышечные релаксанты
4. калия хлорид
5. глюконат кальция

14. Для лечения холинергического криза следует назначать

4

1. антихолинэстеразные средства
2. седативные средства
3. кардиотоники
4. атропин
5. противосудорожные

15. Миастенический криз не сопровождается

3 5

1. нарастанием мышечной слабости
2. угнетением глотания
3. гиперсаливацией
4. нарушением дыхания
5. брадикардией

16. Холинергический криз сопровождается всем перечисленным, кроме 5

1. сужения зрачков, слюнотечения, тошноты, диареи, болей в животе
2. нарастания мышечной слабости
3. фасцикулярных подергиваний,
4. судороги
5. тахикардии

17. Догоспитальная помощь при неотложных состояниях ограничивается :

3

1. купирования нарушений сердечной деятельности
2. купирования нарушений дыхания
3. снятия болевого синдрома
4. прекращения рвоты
5. все перечисленное

18. Искусственная вентиляция легких показана при неврологических заболеваниях 5

1. пароксизмальных миоплегий
2. полинейропатии Гийена - Барре
3. бокового амиотрофического склероза

4. миастении

5. все правильные

19. При тиреотоксическом кризе наблюдается

5

1. подъем температуры

2. повышение артериального давления, тахикардия

3. жажда

4. нарушения сознания

5. все перечисленное

20. Интенсивная терапия для коррекции КЩС требуется, если рН составляет 3

1. 7.6

2. 7.14

3. 6.87

4. 7.35

5. 7,0

21. Для острой надпочечниковой недостаточности характерны клинические проявления в виде

1 3

1. падения артериального давления

2. подъема артериального давления

3. адинамии, прогрессирующей утраты сознания

4. острого психотического синдрома

5. клонических судорог

22. Следующие симптомы: психомоторное возбуждение, мидриаз, паралич аккомодации, тахикардия, уменьшение секреции слюнных желез, сухость кожных покровов являются проявлением передозировки

1

1. атропина

2. прозерина

3. ацетилхолина

4. пилокарпина

5. галантамина

23. Кома III характеризуется всеми признаками, кроме

4

1. нарушения глотания

2. отсутствие зрачковых реакций

3. гипотония мышц

4. сохранности реакций на болевые раздражители

5. нарушения дыхания

24. Для диагностики повреждения спинного мозга при травме позвоночника необходимо произвести

3

1. рентгенографию
2. компьютерную томографию
3. магнитно-резонансную томографию
4. люмбальную пункцию
5. электронейромиографию

25. Гиперосмолярный синдром специфичен

5

1. для тромботического инфаркта
2. для геморрагического инфаркта
3. для кровоизлияния в мозг
4. проходящего нарушения мозгового кровообращения
5. ни для чего из перечисленного

26. Противопоказанием к транспортировке в неврологический стационар больного с кровоизлиянием в мозг является 5

1. утрата сознания
2. рвота
3. психомоторное возбуждение
4. инфаркт миокарда
5. агональное состояние

27. Экстренная неспециализированная помощь при инсультах включает все, кроме 4

1. коррекцию нарушений гемодинамики и дыхания
2. купирование эпилептического синдрома
3. купирование психомоторного возбуждения
4. применение антикоагулянтов
5. предупреждение отека легких

28. Утрата сознания, нарушение дыхания, повышение артериального давления, брадикардия, багрово-цианотичный цвет лица, горметония характерны для 5

1. эмболического ишемического инсульта
2. субарахноидального кровоизлияния
3. паренхиматозного кровоизлияния
4. абсцесса мозга
5. вентрикулярного кровоизлияния

29. У больной наблюдается приступ побледнения кожных покровов, опроверждающийся тахикардией, подъемом АД, ознобopodobным тремором, гипергидрозом. Как называется приступ? 3

1. меньеровский
2. эпилептический
3. симпато-адреналовый

- 4.кардиалгический
- 5.вагоинсулярный

30.Для лечения миастенического криза применяются 5

- 1.искусственная вентиляция легких
- 2.плазмоферез
- 3.кортикостероиды
- 4.антихолинэстеразные

5.все ответы правильные

35.Первая помощь при эпилептическом припадке на догоспитальном этапе состоит в следующем:

3

- 1.уложить больного на кровать.
- 2.интубировать больного.
- 3.повернуть голову и туловище набок.
- 4.непрямой массаж сердца.
- 5.искусственное дыхание

36.Для купирования панической атаки применяется :

1

- 1.Диазепам в/м
- 2.Натрия оксибутират в/м
- 3.Аминазин в/м
- 4.Все перечисленное

5.Ничего из перечисленного

37.. Шкала комы Глазго учитывает следующие признаки:

1 2 3

- 1. двигательные реакции
- 2. вербальные реакции
- 3. открывание глаз
- 4. нарушение дыхания
- 5. реакцию зрачков на свете

38. Для коррекции падения сердечной деятельности при острой тяжелой черепномозговой травме целесообразнее назначить

4

- 1. адреналин

2. норадреналин
3. метазон
4. дофамин
5. эфедрин

39. При комбинированной черепно-мозговой травме для лечения артериальной гипотензии в результате кровопотери предпочтение отдается назначению

3

1. кардиотонических средств
2. симпатомиметиков
3. низкомолекулярных декстранов
4. α -адренергических блокаторов
5. осмотических диуретиков

40. Необходимым условием начала лечения больного с тяжелой черепно-мозговой травмой является 3 4

1. введение в вену кардиотонических средств
2. введение в вену антигипертензивных средств
3. освобождение дыхательных путей от инородных тел
4. иммобилизация шейного отдела позвоночника
5. все перечисленное

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

1. В основу классификации полинейропатий положен следующий принцип

1

1. этиология заболевания
2. особенность течения заболевания
3. особенность клинической картины
4. верно все перечисленное
5. верно 2 и 3

2. Фактором, определяющим поражение нервов при дифтерийной полинейропатии, является

2

1. инфекционный
2. токсический
3. сосудистый
4. метаболический 5. все перечисленные

3. Лекарственные полинейропатии вызывают все препараты, кроме:

2

1. цитостатики
2. гипотензивные препараты
3. противотуберкулезные средства
4. фенитоин

5. статины

4. Для дифтерийной полинейропатии не характерно наличие

2

1. бульбарных расстройств
2. тазовых расстройств
3. расстройств глубокой чувствительности
4. нарушения аккомодации
5. сенсорной атаксии

5. Диабетическая полинейропатия развивается в результате

1 2

1. поражения сосудов периферических нервов
2. нарушения метаболизма глюкозы
3. токсического повреждения миелина периферических нервов
4. всего перечисленного
5. верно 1 и 3

6. Полинейропатии, связанные с недостаточностью витамина B1, возникают 1

1. при хроническом алкоголизме
2. при порфирии
3. при пеллагре
4. при нейробруцеллезе
5. при вибрационной болезни

7. Для диабетической полинейропатии не характерно

3

1. поражение черепных нервов
2. вегетативные расстройства
3. преимущественное поражение нервов верхних конечностей
4. нарушение вибрационной чувствительности
5. острое начало

8. Для уремической полинейропатии характерно

1

1. снижение скорости проведения возбуждения по нервам
2. поражение черепных нервов
3. преобладание аксональной дегенерации
4. все перечисленное
5. нет правильного ответа

9. Отличительными признаками острой перемежающейся порфирии являются

5

1. выраженность сенсорной атаксии

2. выраженность болевого синдрома
3. тяжесть вялых параличей конечностей
4. черный цвет кала
5. красный цвет мочи

10. Для компрессионной нейропатии локтевого нерва (синдром ущемления в области локтевого сустава) характерны 2 3

1. слабость II, III пальцев кисти
2. атрофия мышц возвышения мизинца
3. боли по ульнарной поверхности кисти
4. все перечисленное
5. верно 1 и 2

11. Для компрессионной нейропатии срединного нерва (синдром запястного канала) характерны

2 3

1. слабость IV, V пальцев
2. атрофия мышц возвышения большого пальца
3. усиление болей в кисти при ее сгибании
4. невозможность разгибания кисти
5. атрофия мышц предплечья

12. Для синдрома ущемления малоберцового нерва в области подколенной ямки характерны 2 3

1. слабость подошвенных сгибателей стопы
2. гипотрофия перонеальной группы мышц
3. гипалгезия наружной поверхности голени
4. слабость четырехглавой мышцы бедра
5. все ответы правильные

13. Для синдрома ущемления большеберцового нерва (синдром тарзального канала) характерны

1 3

1. боль в области подошвы
2. припухлость в области наружной лодыжки
3. парезы сгибателей пальцев стопы
4. парез разгибателя пальцев стопы 5. все ответы правильные

14. Для неврологической амиотрофии Персонейджа - Тернера характерны 2 3

1. дистальный парез руки
2. боль в области надплечья
3. атрофия мышц плеча
4. корешковая гипестезия в зоне C5-C6

5. атрофия мышц бедра

15. Для дифференциальной диагностики аксонопатий и миелінопатий наиболее информативным исследованием является

2

1. иммунологическое исследование крови
2. электромиография
3. иммунологическое исследование ликвора
4. биопсия мышц
5. все ответы правильные

16. В остром периоде нейропатий нецелесообразно применять

2

1. электрофорез новокаина
2. электростимуляцию
3. микроволны
4. диадинамические токи
5. все перечисленное

17. Методом лечения полирадикулонейропатии Гийена-Барре в остром периоде является :

2

1. назначение цитостатиков
2. плазмаферез
3. назначение кортикостероидов
4. назначение нестероидных противовоспалительных препаратов
5. назначение антихолинэстеразных препаратов

18. Для полинейропатии Гийена - Барре характерно все, кроме

2

1. поражение черепных нервов
2. выраженные тазовые расстройства
3. стойкая двусторонняя пирамидная симптоматика
4. белково-клеточная диссоциация в ликворе
5. восходящий тип развития симптоматики

19. Атипичная форма Фишера острой полинейропатии Гийена - Барре характеризуется

4

1. поражением языкоглоточного нерва
2. двусторонним парезом лицевого нерва
3. поражением каудальной группы черепных нервов и нарушением дыхания
4. поражением глазодвигательных нервов и атаксией
5. всем перечисленным

20. Для полинейропатий при узелковом периартериите характерно

1

1. асимметричность поражения нервных стволов

2. малая выраженность болевого синдрома
3. поражение черепных нервов
4. все перечисленное
5. правильного ответа нет

21. Для изменений соска зрительного нерва при остром неврите характерны 1
2

1. ступенчатость границ
2. гиперемия
3. побледнение
4. серый цвет
5. симптом вишневой косточки

22. К демиелинизирующим относится полинейропатия 1

1. Гийена - Барре
2. диабетическая
3. порфирийная
4. гипотиреоидная
5. все ответы правильные

23. Для поражения лицевого нерва в области мостомозжечкового угла не характерны 2

1. снижение корнеального рефлекса
2. гиперакузия, сухость конъюнктивы
3. нарушение вкуса на передних 2/3 языка
4. сочетанное поражение V и VIII пары
5. все ответы неправильные

24. Для поражения блуждающего нерва не характерны 5

1. дисфония
2. дисфагия
3. нарушение сердечного ритма
4. снижение артериального давления
5. . нарушение вкуса

25. Для нейропатии длинного грудного нерва характерны 3

1. парез дельтовидной мышцы
2. парез грудинно-ключично-сосцевидной мышцы
3. парез передней зубчатой мышцы
4. парез трапециевидной мышцы
5. все ответы правильные

26. Для нейропатии подкрыльцового нерва характерны

3

1. затруднения сгибания руки в локтевом суставе
2. болезненность руки при отведении ее за спину
3. слабость и атрофия дельтовидной мышцы
4. слабость и атрофия трапециевидной мышцы
5. слабость и атрофия двуглавой мышцы

27. Признаками поражения лучевого нерва являются

2 3

1. "когтистая кисть"
2. невозможность разгибания кисти
3. невозможность отведения I пальца
4. невозможность сгибания кисти
5. все перечисленное

28. Для нейропатии локтевого нерва характерны

3

1. "свисающая кисть"
2. нарушение чувствительности в области I, II пальцев кисти
3. невозможность приведения IV, V пальцев
4. невозможность отведения I пальца
5. все перечисленное

29. Для нейропатии бедренного нерва характерны

2

1. симптом Ласега
2. слабость четырехглавой мышцы бедра
3. отсутствие ахиллова рефлекса
4. отсутствие подошвенного рефлекса
5. все перечисленное

30. Клиническими признаками нейропатии наружного кожного нерва бедра являются

2

1. снижение коленного рефлекса
2. гипестезия по наружной передней поверхности бедра
3. гипестезия по наружной задней поверхности бедра
4. снижение ахиллова рефлекса
5. все перечисленное

31. Клиническими признаками поражения малоберцового нерва являются

1

1. парез разгибателей стопы
2. гипестезия по внутренней поверхности голени
3. выпадение ахиллова рефлекса

4. выпадение коленного рефлекса 5. все перечисленное

32. Для нейропатии большеберцового нерва характерны

1 3

1. выпадение ахиллова рефлекса
2. нарушение чувствительности на передней поверхности голени
3. парез сгибателей стопы
4. парез разгибателей стопы
5. выпадение коленного рефлекса

33. В состав шейного сплетения не входит

2

1. малый затылочный нерв
2. подкрыльцовый нерв
3. диафрагмальный нерв
4. надключичный нерв
5. большой ушной нерв

34. В состав плечевого сплетения не входит

1

1. надключичный нерв
2. подключичный нерв
3. подкрыльцовый нерв
4. локтевой нерв
5. малый затылочный нерв

35. В состав поясничного сплетения не входит

4

1. бедренный нерв
2. запирательный нерв
3. наружный кожный нерв бедра
4. седалищный нерв
5. бедренно-половой нерв

36. В состав крестцового сплетения входят

3

1. наружный кожный нерв бедра
2. запирательный нерв
3. седалищный нерв
4. бедренный нерв
5. наружный кожный нерв бедра

37. При дисфункции височно-нижнечелюстного сустава наблюдается

3

1. отечность околоушной области

2. болезненность при пальпации височной мышцы
3. ограничение подвижности нижней челюсти
4. нарушение слюноотделения
5. все перечисленное

38. Для болевой миофасциальной дисфункции лица характерны
1 3

1. болезненность пораженной мышцы при жевании и открывании рта
2. гипестезия в области пораженной мышцы
3. наличие болезненных узелков в толще жевательной мышцы
4. все перечисленное
5. правильного ответа нет

39. Причиной невралгии тройничного нерва являются
5

1. заболевания придаточных пазух
2. компрессия корешка нерва извитыми сосудами на основании мозга
3. сдавление ветвей нерва в подглазничном и нижнечелюстном каналах
4. ничего из перечисленного
5. все ответы правильные

40. Для классической невралгии тройничного нерва характерны
3

1. приступообразные боли в половине лица
2. гипалгезии на лице в области иннервации V нерва
3. курковые зоны на лице
4. психомоторное возбуждение во время приступа
5. верно 1 2 3

41. Для невралгии носоресничного нерва характерны
1 3

1. приступообразные боли в области глаза и носа
2. приступообразные боли в лобно-височно-затылочной области
3. ринорея, слезотечение
4. курковые зоны на лице
5. слабость височной мышцы

42. Для невралгии ушно-височного нерва характерны
5

1. наличие курковых зон в области виска
2. гиперемия и гипергидроз околоушной области
3. приступообразные боли в околоушной области
4. приступообразные боли в области верхней челюсти
5. верно 2 3

43. Для невралгии верхнегортанного нерва характерны

1 2 4

1. приступы болей в области гортани
2. пароксизмы кашля во время болевого приступа
3. дисфония
4. усиление боли ночью 5. все перечисленное

44. Для невралгии затылочного нерва характерно

2

1. боль в околоушной области
2. боль в области затылка с иррадиацией в надплечье
3. болезненность при пальпации остистых отростков С3-С7
4. напряжение мышц шеи
5. все перечисленное

45. Для невралгии языкоглоточного нерва характерны

1 2 3

1. приступы стреляющих болей в корне языка
2. приступы стреляющих болей в миндалинах
3. наличие курковых зон в корне языка
4. нарушение глотания
5. дизартрия

46. Для ганглионита коленчатого узла VIII нерва характерны

1 2

1. боли в области уха с иррадиацией в затылок
2. герпетические высыпания в ушной раковине
3. нарушения вкуса на задней 1/3 языка
4. дисфония 5. все перечисленное

47. Методом патогенетической терапии невралгии тройничного нерва является назначение 3

1. анальгетиков
2. спазмолитиков
3. противосудорожных средств
4. нейролептиков 5. ничего из перечисленного

48. Для синдрома лестничной мышцы характерны

2 3

1. усиление боли в предплечье и II, III пальцах кисти при повороте головы в больную сторону
2. усиление боли в предплечье и IV, V пальцах кисти при повороте головы в здоровую сторону
3. асимметрия артериального давления и пульса на лучевой артерии
4. диффузный остеопороз кисти
5. все перечисленное

49. Для синдрома малой грудной мышцы характерны

1 2

1. боль по передне-наружной поверхности грудной клетки с иррадиацией в руку
2. усиление болевого синдрома при закладывании руки за спину
3. снижение артериального давления на плечевой артерии при повороте головы в здоровую сторону и при глубоком вдохе
4. атрофия кисти
5. все перечисленное

50. Для плече-лопаточного периартроза характерны

2 4

1. остеопороз головки плечевой кости, увеличение размеров суставной щели плечевого сустава
2. атрофия мягких тканей, окружающих плечевой сустав
3. снижение рефлексов с двуглавой и трехглавой мышц плеча
4. ограничение подвижности плечевого сустава
5. все перечисленное

51. Для синдрома "плечо - кисть" характерны

1

1. вегетативно-трофические нарушения кисти
2. асимметрия артериального давления
3. гипотрофия грудино-ключично-сосцевидной мышцы
4. все перечисленное
5. правильного ответа нет

52. Для заднего шейного симпатического синдрома характерны

1

1. сочетание кохлеовестибулярных, зрительных, вестибуломозжечковых нарушений с пульсирующей, жгучей односторонней головной болью
2. сочетание двусторонней затылочной головной боли с корешковыми чувствительными расстройствами в ульнарной области
3. сочетание жгучих болей в надключичной области с приступами мышечной слабости в руке
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

53. Синкопальный вертебральный (позвоночный) синдром (Унтерхарншайдта)

характеризует

ся 2

1. внезапным падением больного при резкой перемене положения тела из горизонтального в вертикальное с падением артериального давления
2. внезапной потерей сознания и мышечного тонуса, связанной с движением головы и шеи
3. внезапным приступом кохлеовестибулярных, координаторных и зрительных расстройств, связанным с поворотом головы и шеи

4. всем перечисленным
5. ничем из перечисленного

54. Для вертеброгенной цервикальной миелопатии характерны

1 2

1. расстройства тазовых функций
2. смешанный верхний парапарез в сочетании со спастическим нижним парезом
3. грубые атрофии мышц нижних конечностей
4. дизартрия, дисфагия, дисфония
5. все перечисленное

55. Для компрессии корешка С6 характерны

1 2

1. болевая гипестезия I пальца кисти
2. снижение рефлекса с двуглавой мышцы плеча
3. снижение карпорадиального рефлекса
4. болевая гипестезия V пальца кисти
5. все ответы правильные

56. Для компрессии корешка С7 характерны

1

1. боли и парестезии в области III пальца кисти, выпадение рефлекса с трехглавой мышцы плеча
2. боли и парестезии в области I пальца кисти, выпадение рефлекса с двуглавой мышцы плеча
3. боли в области V пальца кисти, выпадение карпорадиального рефлекса
4. боли в области V пальца кисти, выпадение рефлекса с двуглавой мышцы плеча
5. ничего из перечисленного

57. Для васкулярного эпиконусного синдрома не характерно

5

1. отсутствие ахиллова рефлекса
2. отсутствие анального и кремастерного рефлексов
3. нижний вялый парапарез
4. задержка мочи
5. недержание мочи

58. Для васкулярного конусного синдрома характерны

1 2

1. недержание мочи
2. анестезия в аногенитальной зоне
3. нижний вялый парапарез
4. отсутствие ахилловых рефлексов
5. задержка мочи

59. Для синдрома грушевидной мышцы характерно

2 3 4

1. снижение анального и кремастерного рефлекса
2. усиление боли в голени и стопе при приведении бедра
3. "перемежающаяся хромота" нижней конечности
4. ишиалгия
5. выпадение коленного рефлекса

60. Клиническая картина компрессии корешков конского хвоста отличается от компрессии конуса и эпиконуса 1 2

1. асимметричностью поражения
2. интенсивным болевым синдромом, усиливающимся в положении лежа
3. нижним вялым парапарезом
4. нарушением функции тазовых органов
5. все перечисленное неверно

61. Боли в позвоночнике могут быть обусловлены следующими органическими поражениями, кроме: 5

1. анкилозирующим спондилоартритом
2. метаболическим поражением костей
3. метастазами опухолей
4. туберкулезным спондилитом
5. депрессией

62. К рефлекторным синдромам при остеохондрозе позвоночника на поясничном уровне относятся все, кроме: 3 5

1. люмбаго
2. люмбоишиалгии
3. кокцигодинии
4. люмбалгии
5. синдром грушевидной мышцы

63. Для синдрома компрессии корешка L4 характерны

1 2 3

1. боль в области коленного сустава, внутренней поверхности бедра
2. слабость четырехглавой мышцы бедра
3. отсутствие коленного рефлекса
4. отсутствие ахиллова рефлекса
5. слабость икроножной мышцы

64. Синдром компрессии корешка L5 проявляется

2

1. болью по внутренней поверхности голени и бедра

2. слабостью разгибателей I пальца стопы
3. снижением ахиллова рефлекса
4. снижением коленного рефлекса
5. гипестезией по задней поверхности бедра

65. Синдром компрессии корешка S1 проявляется

3

1. снижением силы трехглавой мышцы голени и сгибателей пальцев стопы
2. снижением коленного рефлекса
3. выпадением ахиллова рефлекса
4. болью по передней поверхности бедра
5. снижением силы разгибателя первого пальца

66. Для туберкулезного спондилита характерны

5

1. сколиоз позвоночника
2. кифоз позвоночника
3. клиновидная деформация позвонков
4. деструкция тел позвонков
5. все перечисленное

67. Для сакроилеита характерны

2 3 4

1. симптом Ласега
2. болезненность при сдавлении крыльев подвздошной кости
3. нечеткость контуров суставных поверхностей крестцово-подвздошного сочленения, выявляемая при рентгенологическом исследовании
4. воспалительные изменения в крови
5. симптомы компрессии спинного мозга

68. Клиническая картина метастатического поражения позвоночника отличается от остеохондроза 1 2 3

1. упорным корешковым болевым синдромом
2. билатеральным корешковым синдромом
3. компрессией спинного мозга и корешков
4. отсутствием симптомов поражения спинного мозга
5. отсутствием симптомов поражения корешков

69. Для спондилоартрита (болезни Бехтерева) характерны

2 3

1. остеопороз позвонков
2. сакроилеит
3. кифоз грудного отдела позвоночника
4. деструкция тел позвонков поясничного отдела
5. все ответы правильные

70. В развитии гормональной спондилопатии играет роль

1 3

1. недостаточность половых гормонов
2. повышение активности щитовидной железы
3. снижение уровня фосфора и кальция в крови
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

71. Для гормональной спондилопатии характерными рентгенологическими признаками являются

2 3

1. очаги деструкции в телах позвонков
2. диффузный остеопороз позвонков
3. клиновидные переломы позвонков
4. краевые разрастания концевых пластинок позвонков
5. все перечисленные

72. Синдром полинейропатии проявляется

2 3 4

1. слабостью проксимальных отделов конечностей
2. расстройством чувствительности в дистальных отделах конечностей
3. вегетативными нарушениями в кистях и стопах
4. слабостью дистальных отделов конечностей
5. всеми перечисленными симптомами

73. Для алкогольной полинейропатии характерно

1 3 5

1. преимущественное поражение нижних конечностей
2. преимущественное поражение верхних конечностей
3. боли в голених и стопах
4. боли в предплечьях и кистях
5. вегетативно-трофические нарушения в ногах

74. Для мышьяковой полинейропатии характерно наличие

1 3 5

1. преимущественных поражений нервов ног
2. багрово-синюшных полос на голених
3. белых полос на ногтях
4. сенситивная атаксия
5. выраженный болевой синдром

75. Полинейропатии при лейкозах возникают в результате

3

1. эндолюмбального введения преднизолона
2. приема цитостатиков внутрь

3. сдавления нервных стволов специфическими инфильтратами 4. инфекционного поражения

5. все ответы верные

76. Характерными сопутствующими симптомами полинейропатии, вызванной миеломной болезнью, являются

1 3

1. упорные боли в костях
2. клеточно-белковая диссоциация в ликворе
3. патологические переломы костей
4. эндокринопатия
5. органомегалия

77. Для нейропатии добавочного нерва характерны

1 2 4

1. опущение лопатки
2. похудание мышц шеи
3. затруднение глотания
4. затруднение поворота головы в противоположную сторону
5. затруднение поворота головы в свою сторону

78. Поражение ядра подъязычного нерва от надъядерного поражения отличается наличием

3

1. дизартрии
2. ограничения подвижности языка
3. фибрилляций
4. сопутствующего поражения блуждающего
5. правильного ответа нет

79. Признаками нейропатии срединного нерва являются

3 4 5

1. слабость IV и V пальцев кисти
2. снижение чувствительности на ладонной поверхности IV, V пальцев
3. слабость I, II и III пальцев кисти
4. каузалгические боли
5. атрофия мышц возвышения большого пальца

80. Для нейропатии седалищного нерва характерны

2

1. симптом Вассермана
2. выпадение ахиллова рефлекса
3. выпадение коленного рефлекса
4. симптом Ласега 5. все перечисленное

81. В остром периоде вертеброгенных корешковых синдромов применяют все перечисленное, кроме

4

1. анальгетиков
2. нестероидных противовоспалительных средств
3. миорелаксантов
4. тепловых процедур
5. грязелечения

ИНФЕКЦИОННЫЕ И ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

1. Острый некротический энцефалит вызывают вирусы

2

1. Коксаки
2. простого герпеса
3. кори
4. паротита
5. цитомегаловирус

2. Дезинтоксикационная терапия менингитов проводится с целью:

1 2 5

1. купирования системного воспалительного ответа
2. коррекции реологических нарушений
3. купирования синдрома внутричерепной гипертензии
4. купирования оксидантного стресса
5. коррекции расстройств микроциркуляции

3. Развитие синдрома Уотерхауса - Фридериксена (острой надпочечниковой недостаточности) характерно для тяжелого течения 4

1. стафилококкового менингита
2. пневмококкового менингита
3. менингита, вызванного вирусом Коксаки
4. менингококкового менингита
5. лимфоцитарного хориоменингита

4. К редким синдромам энцефалита Экономо относят

2

1. глазодвигательные расстройства
2. патологические стопные знаки
3. нарушения сна
4. вегетативные расстройства
5. вестибулярные нарушения

5. Для острого клещевого энцефалита характерно все, кроме

1

1. заболевание в осенне-зимний период
2. менингоэнцефалитический синдром
3. повышение внутричерепного давления
4. вялые парезы и параличи мышц плечевого пояса
5. лихорадка в начале заболевания

6. Для герпетического энцефалита характерно все, кроме
5

1. общемозговых симптомов и нарушения сознания
2. внутричерепной гипертензии и застоя на глазном дне
3. судорожных приступов
4. гемипарезов
5. гемиатаксии

7. Из следующих противовирусных препаратов для лечения энцефалитов не применяется
5

1. ганцикловир
2. фоскарнет
3. ацикловир
4. рибавирин
5. глицирризиновая кислота

8. Решающее значение в диагностике менингита имеет
3

1. острое начало заболевания с повышением температуры
2. острое начало заболевания с менингеальным синдромом
3. изменения спинномозговой жидкости
4. присоединение синдрома инфекционно-токсического шока
5. признаки застоя на глазном дне

9. Эффективным антибиотиком при лечении гнойного менингита, вызванного синегнойной палочкой, является 4

1. бензилпенициллин
2. клиндамицин
3. эритромицин
4. гентамицин
5. цефазолин

10. Достоверным доказательством этиологии гнойного менингита является выделение возбудителя из:

- 4
1. крови и носоглотки
2. носоглотки
3. только крови

4. спинномозговой жидкости

5. носоглотки и кала

11. Острый лимфоцитарный хориоменингит Армстронга отличается значительной выраженностью

3

1. высокой лихорадки
2. менингеального синдрома
3. гипертензионного синдрома
4. нарушения сознания
5. светобоязни

12. Для менингитов, вызванных вирусами Коксаки и ЕСНО, не характерно

5

1. острое начало с лихорадкой
2. полимиалгия
3. оболочечно-гипертензионный синдром
4. лимфоцитарный плеоцитоз
5. грубые резидуальные симптомы

13. Снижение уровня сахара в спинномозговой жидкости (до 0.1 г/л) характерно для менингита

4

1. гриппозного
2. пневмококкового
3. паротитного
4. туберкулезного
5. сифилитического

14. Абсцедирование головного мозга как осложнение наблюдается при менингитах, вызванных

3

1. палочкой Афанасьева - Пфейффера
2. стафилококком
3. пневмококком
4. лептоспирами
5. микобактерией туберкулеза

15. К редким возбудителям серозного менингита относится

3

1. вирус лимфоцитарного хореоменингита
2. микобактерия туберкулеза
3. парагриппозный вирус
4. вирус эпидемического паротита
5. вирус клещевого энцефалита

16. Гнойный менингит не вызывают

5

1. стафилококки
2. менингококки
3. пневмококки
4. вульгарный протей
5. лептоспиры

17. Острый рассеянный энцефаломиелит сопровождается развитием, кроме

3

1. нижней спастической параплегии
2. бульбарных расстройств
3. экстрапирамидных нарушений
4. синдрома Броун – Секара
5. снижением остроты зрения

18. Высокая контагиозность характерна для менингита, вызванного

4

1. синегнойной палочкой
2. стафилококками
3. вирусом простого герпеса
4. вирусами Коксаки и ЕСНО
5. клещевого энцефалита

19. Для острого очагового поперечного миелита на нижнегрудном уровне характерно наличие

1, 2, 3

1. нижней параплегии
2. проводникового типа нарушения чувствительности
3. нарушений функций тазовых органов по центральному типу
4. нарушений функций тазовых органов по периферическому типу
5. блокады субарахноидального пространства

20. Снижение остроты зрения при остром рассеянном энцефаломиелите обусловлено поражением

2

1. сетчатой оболочки
2. зрительного нерва
3. первичного зрительного центра в наружном коленчатом теле
4. лучистого венца Грациоле в затылочной доле
5. коркового отдела зрительного анализатора в затылочной доле

21. При лечении острого рассеянного энцефаломиелита применяют

3, 5

1. нестероидные противовоспалительные средства
2. анаболические стероидные препараты
3. синтетические глюкокортикоиды
4. эстрогенные стероидные препараты
5. иммуномодуляторы

22. Для острого полиомиелита характерно поражение
2, 3

1. лобной доли коры головного мозга
2. моторных ядер ствола
3. передних рогов на уровне шейного утолщения спинного мозга
4. задних рогов грудного отдела спинного мозга
5. полное поперечное поражение поясничного утолщения спинного мозга

23. На второй неделе паралитической стадии острого полиомиелита в спинномозговой жидкости находят

- 2
1. нормальный уровень глюкозы
2. белково-клеточную диссоциацию
3. нормальный уровень хлоридов
4. эозинофильный цитоз
5. ликвор не изменен

24. Для абсцесса головного мозга характерны все симптомы, кроме:
3

1. умеренный менингеальный синдром
2. отек диска зрительного нерва на стороне абсцесса
3. отсутствие смещения срединных структур
4. очаговые изменения на КТ
5. прогрессирующая очаговая неврологическая симптоматика

25. Методом лечения абсцесса мозга является все, кроме
5

1. массивное введение антибиотиков и дегидратирующих средств
2. хирургическое удаление абсцесса
3. промывание полости абсцесса диоксином
4. промывание полости абсцесса антибиотиками
5. применение противовоспалительных доз лучевой терапии

26. В ликвора больного туберкулезным менингитом через 12-24 ч обнаруживается
3

1. опалесценция
2. ксантохромия
3. фибриновая пленка
4. выпадение осадка

5. прозрачный ликвор

27. Источником инфекции при полиомиелите являются

2

1. только больной
2. больной или вирусоноситель
3. мелкие грызуны, заражающие продукты питания
4. коровы, овцы
5. домашние животные

28. При полиомиелите поражаются

5

1. центральные и периферические двигательные нейроны
2. периферические двигательные и чувствительные нейроны
3. сегментарный аппарат спинного мозга
4. центральные двигательные нейроны
5. периферические двигательные нейроны

29. Энцефалическая реакция при гриппе характеризуется всеми следующими симптомами, кроме

1

1. гемиплегии
2. менингеального синдрома
3. судорожных припадков с утратой сознания
4. утраты сознания с двигательными автоматизмами
5. повышения давления спинномозговой жидкости

30. Для неврологических нарушений при ботулизме характерны все симптомы, кроме

4

1. пареза аккомодации
2. пареза глазодвигательной мускулатуры
3. дисфонии, дисфагии, дизартрии
4. гиперсаливации
5. миастеноподобных симптомов

31. Для лечения генерализованных болезненных мышечных спазмов и судорог при столбняке препаратом первого выбора является 4

1. хлоралгидрат
2. тиопентал
3. фенobarбитал
4. diazepam
5. тубокурарин

32. Для церебрального цистицеркоза характерен плеоцитоз

5

1. нейтрофильный
2. нейтрофильно-лимфоцитарный
3. лимфоцитарно-базофильный
4. лимфоцитарный
5. лимфоцитарно-моноцитарный

33. Клиническими и морфологическими особенностями коревого энцефалита являются

1, 5

1. возникновение неврологических симптомов на 3-6-й день после появления сыпи
2. возникновение неврологических симптомов на 2-3-й неделе после возникновения сыпи
3. возникновение неврологических симптомов в 1-2 день от начала заболевания
4. субстрат-перивенозные кровоизлияния
5. демелинизация

34. Для менингоэнцефалита после антирабической вакцинации не характерно наличие

4

1. острого начала с высокой температурой
2. парезов глазодвигателей
3. спастических парезов и параличей
4. хореоатетоза
5. судорожного синдрома

35. Для врожденного сифилиса характерно

1, 2, 4

1. триада Гетчинсона
2. врожденная гидроцефалия
3. гнойный менингит
4. серозный базальный менингит
5. серозный конвекситальный менингит

36. Диагноз нейросифилиса подтверждается следующими методами исследования цереброспинальной жидкости, кроме

3

1. реакции Вассермана с тремя разведениями ликвора
2. выделение бледных трепонем
3. коллоидной реакции Таката - Ара
4. реакции иммобилизации бледных трепонем
5. реакция иммунофлюоресценции

37. Нарушение статики и походки при спинной сухотке обусловлено 3

1. вялыми параличами ног
2. мозжечковой атаксией
3. сенситивной атаксией

4. снижением зрения при табетической атрофии зрительных нервов
5. табетической артропатией

38. Термином "табетические кризы" у больных спинной сухоткой обозначают
3

1. пароксизмы тахикардии
2. колебания артериального давления
3. пароксизмы болей рвущего характера
4. эпизоды профузной потливости и общей слабости
5. эмоциональные расстройства

39. Первичная табетическая атрофия зрительных нервов при спинной сухотке характеризуется следующими изменениями на глазном дне
2

1. побледнением височных половин дисков
2. серой окраской дисков
3. отеком дисков
4. гиперемией дисков
5. ступенчатостью границ дисков

40. Морфологическим субстратом арахноидита является продуктивный процесс в паутинной, а также 1 2 3

1. в мягкой мозговой оболочке
2. в эпендиме желудочков
3. в сосудистых сплетениях
4. в твердой мозговой оболочке
5. в белом веществе головного мозга

41. Решающее значение в патогенезе симптомов арахноидита играет 1
2 3

1. увеличение продукции ликвора
2. нарушение циркуляции ликвора
3. нарушение всасывания ликвора
4. нарушение микроциркуляции
5. напряжение перикраниальных мышц

42. Нарушения циркуляции ликвора при локализации арахноидита имеются
5

1. в оптохиазмальной области
2. в цистернах основания мозга
3. в области мостомозжечкового угла
4. на конвексительной поверхности
5. все ответы правильные

43.Оптикохиазмальный арахноидит характеризуется

1 2 3

1. снижением остроты зрения
2. концентрическим сужением полей зрения
3. отеком диска зрительных нервов
4. менингеальными симптомами
5. поражением зрительного тракта

44. Оптикохиазмальный арахноидит может быть ошибочно диагностирован

1. при ретробульбарном неврите
2. при оптикомиелите
3. при рассеянном склерозе
4. при наследственной атрофии зрительных нервов Лебера
5. всего выше перечисленного

45. Арахноидит задней черепной ямки необходимо дифференцировать со всем, кроме

1. от опухоли той же локализации
2. от синдрома Арнольда - Киари
3. от синдрома Клиппеля - Фейля
4. миастении
5. синдрома доброкачественной внутричерепной гипертензии

46. Среди физиотерапевтических методов лечения при церебральном арахноидите наиболее эффективен

1. электрофорез новокаина по Бургиньону
2. назальный электрофорез хлористого кальция
3. назальный электрофорез ферментов
4. импульсные токи на шейный отдел паравертебрально
5. УВЧ

47. Острый гнойный эпидурит может быть осложнением воспалительных процессов как

1. абсцессы и флегмоны органов и тканей
2. остеомиелит
3. пансинусит
4. тонзиллит
5. стоматит

48. Ранняя диагностика нейроСПИДа выявляет в цереброспинальной жидкости

1. нарастания ВИЧ-антител
2. высокого лимфоцитарного плеоцитоза
3. наличие фибриновой пленки
4. положительных белковых реакций

5. ксантохромии

49. Психические нарушения при нейроСПИДе представлены следующими симптомами:

5

1. снижением памяти и критики
2. дезориентированностью и галлюцинациями
3. прогрессирующей деменцией
4. верно 1 и 3
5. все перечисленное верно

50. Частыми возбудителями СПИД-ассоциированных инфекций

нервной системы являются

1 3 5

1. микобактерии туберкулеза
2. аденовирусы
3. кандиды
4. листерии
5. вирусы простого герпеса

51. К клиническим формам нейроСПИДа относятся

5

1. энцефалопатия
2. острый рецидивирующий менингит
3. миелопатия
4. миопатия
5. все перечисленное

52. Для строго рассеянного энцефаломиелита характерно развитие

1, 2, 3

1. пирамидных нарушений
2. расстройства глубокой чувствительности
3. вестибуло-мозжечковых расстройств
4. экстрапирамидных нарушений
5. судорожного синдрома

53. Морфологические изменения при дифтерийной полиневропатии обусловлены

3

1. лимфоидной инфильтрацией периферических нервов
2. дегенерацией аксонов
3. сегментарной демиелинизацией
4. пролиферацией шванновских клеток
5. все ответы правильные

54. Триада Шарко включает

1, 2, 4

1. нистагма
2. скандированной речи
3. гипотонии мышц
4. интенционного дрожания
5. патологических знаков

55. Для коррекции патологической мышечной спастичности при рассеянном склерозе целесообразно назначить один из следующих ГАМК-ергических препаратов

3

1. аминалон
2. фенибут
3. баклофен
4. пантогам
5. ноофен

56. Признаком дефицита клеточного иммунитета при обострении рассеянного склероза является

1 2

1. Т-лимфопения
2. В-лимфоцитоз
3. увеличение числа Т-киллеров
4. интерлейкинов-4,6,10
5. повышение уровня катехоламинов

57. Феномен "клинической диссоциации" при рассеянном склерозе характеризуется наличием

4

1. горизонтального нистагма в сочетании с отсутствием брюшных рефлексов
2. центральных парезов в конечностях и отсутствием расстройств чувствительности
3. расстройств чувствительности сегментарного или проводникового типа на фоне легкого центрального пареза конечностей
4. центральных парезов в конечностях в сочетании с мышечной гипотонией
5. отсутствие брюшных рефлексов в сочетании с мышечной гипертонией

58. При МРТ диагностике рассеянного склероза следует учитывать, что бляшки локализуются

5

1. в перивентрикулярном белом веществе
2. в субкортикальном белом веществе
3. в мосту мозга
4. в мозжечке
5. все перечисленное

59. При клинической ремиссии рассеянного склероза имеется

4

1. рассасывание фиброзной склеротической бляшки

2. восстановление способности синтезировать нейромедиаторы в пораженных нейронах 3. восстановление нормального кругооборота нейромедиаторов в межнейрональных синапсах
4. периаксональная ремиелинизация в пораженных нейронах
5. все ответы правильные

60. Выделяют следующие варианты течения рассеянного склероза:
5

1. ремиттирующее
2. первично-прогрессирующее
3. вторично-прогрессирующее
4. прогрессирующе-рецидивирующее 5. все выше перечисленные

61. Синдромом Аргайла Робертсона называют

- 1
1. отсутствие реакции зрачков на свет при сохранной реакции на конвергенцию и аккомодацию
2. отсутствие прямой реакции на свет при сохранной содружественной реакции
3. отсутствие реакции зрачков на конвергенцию при сохранной реакции на свет
4. отсутствие реакции на аккомодацию в сочетании с мидриазом
5. отсутствие реакции на конвергенцию и аккомодацию в сочетании с анизокорией

62. Критериями демиелинизирующего заболевания являются:

- 1 2 3
1. деструкция миелиновых оболочек нервных волокон
2. относительная сохранность других элементов нервной ткани
3. периваскулярная инфильтрация воспалительными клетками
4. накопление сульфатидов и нарушение строения миелина 5. нарушение функции пероксисом и митохондрий

63. При обострении рассеянного склероза (Т-лимфопения, В-лимфоцитоз) назначают

- 1
1. глюкокортикоидные препараты
2. цитостатики (азатиоприн, циклофосфамид)
3. стимуляторы В-лимфоцитов (пропермил, зимозан, пирогенал)
4. комплексное лечение указанными средствами
5. копаксон

64. Снижение зрения при периаксиальном энцефалите Шильдера обусловлено

- 1 3
1. атрофией зрительных нервов
2. поражением первичных зрительных центров
3. поражением зрительных путей в белом веществе затылочной доли
4. застойным диском зрительного нерва
5. всем перечисленным

65. При боковом амиотрофическом склерозе поражаются все перечисленные образования, кроме

2

1. нейронов передних рогов серого вещества спинного мозга
2. нейронов боковых рогов серого вещества спинного мозга
3. пирамидных проводников в боковых канатиках
4. ядер двигательных черепных нервов
5. нейронов коры передней центральной извилины

66. Для клинической картины подострой спонгиозной энцефалопатии Крейтцфельда - Якоба не характерно наличие 4

1. пирамидного синдрома
2. мозжечковой атаксии
3. экстрапирамидного синдрома
4. сенситивной атаксии
5. эпилептического синдрома

67. Витальные осложнения у больного миелитом представлены:

1 2 4

1. параличом диафрагмы
2. уросепсисом
3. нижним спастическим параличом
4. трофическими пролежнями
5. расстройствами чувствительности

68. СПИД передается всеми следующими путями, кроме

2

1. полового (гетеро- и гомосексуализм)
2. воздушно-капельного
3. парентеральных инъекций и инфузий
4. трансплантации органов и тканей
5. от матери к плоду (внутриутробно)

69. Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) обладает всеми следующими свойствами, кроме

1

1. большой устойчивости к термическим воздействиям
2. способности персистировать в организме
3. выраженного тропизма к макрофагам и лимфоцитам
4. значительного тропизма к клеткам мозга
5. длительного инкубационного периода

70. Для клинической картины спинной сухотки характерно все перечисленное, кроме

3

1. болевого синдрома

2. сенситивной атаксии
3. патологических стопных знаков
4. снижения сухожильных рефлексов
5. табетические кризы

71. Общесоматические проявления СПИДа включают

1. длительную лихорадку и ночной пот
2. диарею и потерю массы тела
3. генерализованную лимфаденопатию
4. гнойничковые заболевания
5. все выше перечисленное

72. К клиническим формам клещевого энцефалита относят все, кроме 3

1. менингеальной
2. полиомиелитической
3. летаргической
4. полиоэнцефалитической
5. лихорадочной

73. Пути проникновения возбудителя в нервную систему при нейроинфекциях

1. гематогенный
2. лимфогенный
3. периневральный
4. вследствие травмы
5. все выше перечисленные

74. Для диагностики герпетического энцефалита важны данные

1. офтальмологические
2. компьютерно-томографические
3. электроэнцефалографические
4. серологические
5. вирусологические

75. Проявлениями хронических форм клещевого энцефалита являются

1. периферические парезы и параличи
2. нарушения чувствительности
3. эпилепсия Кожевникова
4. психические расстройства
5. все вышеперечисленные

76. Основным отличием менингизма является

5

1. повышенное давление спинномозговой жидкости
2. клеточно-белковая диссоциация
3. белково-клеточная диссоциация
4. снижение уровня хлоридов в спинномозговой жидкости
5. отсутствие воспалительных изменений в спинномозговой жидкости

77. Серозные менингиты могут вызывать следующие возбудители за исключением
3

1. энтеровирусов
2. вируса лимфоцитарного хориоменингита
3. пневмококка
4. микобактерии туберкулеза
5. бледной трепонемы

78. Нейтрофильный плеоцитоз в спинномозговой жидкости обнаруживается при менингите
4, 5

1. туберкулезном
2. герпетическом
3. энтеровирусном
4. менингококковом
5. стрептококковом

79. Дифференциальный диагноз бактериального гнойного менингита и спонтанного субарахноидального кровоизлияния основывается на
3

1. наличии менингеального синдрома
2. повышении давления спинномозговой жидкости
3. характере изменений спинномозговой жидкости
4. эхо-энцефалоскопии
5. темпе развития симптомов

80. Синдромальное лечение менингитов включает все, кроме
4

1. противошоковую терапию
2. дезинтоксикационную терапию
3. дегидратационную терапию
4. противовирусную терапию
5. нейропротекцию

81. При менингитах и энцефалитах абсолютно противопоказано введение
5

1. маннитола
2. глицерина
3. оксибутирата натрия

4. актовегина

5. растворов глюкозы

82. Клиническими проявлениями болезни Лайма (клещевого боррелиоза) являются следующие неврологические нарушения:

5

1. поражение черепно-мозговых нервов

2. подострый менингит

3. подострый энцефалит

4. поперечный миелит

5. все выше перечисленное

83. Поздними осложнениями менингитов и энцефалитов являются

2, 3, 5

1. надпочечниковая недостаточность

2. абсцесс головного мозга

3. гидроцефалия

4. шок 5. эпилептические припадки

84. Дифференциальная диагностика острого гнойного эпидурита проводится 5

1. с экстремедуллярной опухолью

2. с менингомиелитом

3. с заблокированным гнойным менингитом

4. с разрывом спинальной артериовенозной мальформации 5. со всем выше перечисленным

85. При вирусных энцефалитах в ликворе имеется

1

1. лимфоцитарный плеоцитоз

2. увеличение содержания белка

3. увеличение содержания глюкозы

4. нейтрофильный плеоцитоз

5. кровянистый ликвор

86. Дифференциальный диагноз непаралитической формы острого полиомиелита следует проводить

1, 2

1. с вирусным серозным менингитом

2. с бактериальным серозным менингитом

3. с острой демиелинизирующей полирадикулонейропатией Гийена - Барре

4. со спинальной формой клещевого энцефалита

5. с миелитом

87. Высокий риск летального исхода полинейропатии при дифтерии определяется поражением

1 2 3

1. бульбарных черепных нервов
2. диафрагмы
3. миокарда
4. глазодвигательными нарушениями
5. отеком головного мозга

88. Из перечисленных антибиотиков наибольшей способностью проникать через гематоэнцефалический барьер обладает

1

1. цефтриаксон
2. клиндамицин
3. рифампицин
4. гентамицин
5. стрептомицин

89. Миелит необходимо дифференцировать с:

5

1. опухолями спинного мозга
2. эпидуритом
3. полирадикулонейропатией
4. нарушениями спинального кровообращения
5. все ответы правильные

90. В ликворе белок 2,5 г/л, цитоз 500, л – 30, н – 70 характерны для: 3

1. Менингизма
2. Серозного менингита
3. Гнойного менингита
4. Субарахноидального кровоизлияния
5. Нормальные показатели

91. В ликворе белок 1,2 г/л, цитоз 250, л – 70, н – 30 характерны для:

2

1. Менингизма
2. Серозного менингита
3. Гнойного менингита
4. Субарахноидального кровоизлияния
5. Нормальные показатели

92. В ликворе белок 0,4 г/л, цитоз 10, л – 85, н – 15, вытекает струей: 1

1. Менингизм

2. Серозный менингит
3. Гнойный менингит
4. Субарахноидальное кровоизлияние
5. Нормальные показатели

93. В ликворе белок 1,2 г/л, цитоз 150, л – 70, н – 30, выщелочные эритроциты характерны для:

4

1. Менингизма
2. Серозного менингита
3. Гнойного менингита
4. Субарахноидального кровоизлияния
5. Нормальные показатели

3 СЕМЕСТР

КЛИНИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

1. Масса головного мозга новорожденного в среднем составляет

1

1. $1/8$ от массы тела
2. $1/6$ от массы тела
3. $1/4$ от массы тела
4. $1/12$ от массы тела
5. $1/20$ от массы тела

2. Передача нервного импульса происходит

1

1. в синапсах
2. в митохондриях
3. в лизосомах
4. в цитоплазме
5. все ответы правильные

3. Общее количество цереброспинальной жидкости у новорожденного составляет

1

1. 15-20 мл
2. 35-40 мл
3. 60-80 мл
4. 80-100 мл
5. 100-120 мл

4. Миелиновая оболочка нервного волокна определяет
2

1. длину аксона и точность проведения
2. скорость проведения нервного импульса
3. длину аксона
4. принадлежность к чувствительным проводникам
5. принадлежность к двигательным проводникам

5. Нейроглия выполняет

- 1
1. опорную и трофическую функцию
2. опорную и секреторную функцию
3. трофическую и энергетическую функцию
4. только секреторную функцию
5. только опорную функцию

6. Твердая мозговая оболочка участвует в образовании
2

1. покровных костей черепа
2. венозных синусов, мозгового серпа и намета мозжечка
3. сосудистых сплетений
4. отверстий в основании черепа
5. черепных швов

7. Давление спинно-мозговой жидкости у детей школьного возраста в норме составляет
3

1. 15-20 мм вод. ст.
2. 60-80 мм вод. ст.
3. 120-170 мм вод. ст.
4. 180-250 мм вод. ст.
5. 260-300 мм вод. ст.

8. Спинной мозг новорожденного оканчивается на уровне нижнего края позвонка
4

1. XII грудного
2. I поясничного
3. II поясничного
4. III поясничного
5. IV поясничного

9. Наиболее выражен ладонно-ротовой рефлекс у детей в возрасте 1

1. до 2

месяцев 2. до

3 месяцев 3.

до 4 месяцев

4. до 8 месяцев

5. до 1 года

10. Хватательный рефлекс физиологичен у детей в возрасте

1

1. до 2

месяцев 2. до

4 месяцев 3.

до 6 месяцев

4. до 8 месяцев

5. до 1 года

11. К миелоэнцефальным позотоническим рефлексам относят

1, 2

1. асимметричный тонический шейный

2. симметричный тонический шейный

3. рефлекс опоры

4. рефлекс походки 5. все выше перечисленное

12. Зрительное сосредоточение на предмете появляется у детей

2

1. на 2 неделе жизни

2. к концу первого месяца жизни

2. в середине второго месяца жизни

3. в начале третьего месяца жизни

4. к четвертому месяцу жизни

13. Принцип реципрокности заключается

4

1. в расслаблении антагонистов и агонистов

2. в расслаблении только агонистов

3. в расслаблении только антагонистов

4. в сокращении агонистов и расслаблении антагонистов

5. правильного ответа нет

14. Гнойным менингитом чаще заболевают дети возраста

1

1. раннего

2. дошкольного

3. младшего школьного
4. старшего школьного
5. не зависит от возраста

15. Геморрагическая сыпь при менингококцемии у детей является следствием

- 3
1. аллергии
2. нарушения иммунологической реактивности
3. повреждения сосудов и патологии свертывающей системы крови
4. инфекционно-токсического шока
5. всего перечисленного

16. Контактные абсцессы отогенного происхождения у детей обычно локализуются

- 4
1. в стволе мозга
2. в затылочной доле
3. в лобной доле
4. в височной доле
5. в теменной доле

17. Детям назначают диазепам в разовой дозе

- 2
1. 0.05-0.1 мг/кг
2. 0.3-0.4 мг/кг
3. 1-1.5 мг/кг
4. 1.5-2 мг/кг
5. 2-3 мг/кг

18. Индометацин не рекомендуется назначать детям

- 2
1. до 5 лет
2. до 7 лет
3. до 10 лет 4. до 12 лет
5. до 14 лет

19. Детям в возрасте от 6 до 12 месяцев парацетамол назначают в разовой дозе

- 2
1. 5 мг/кг
2. 10 мг/кг
3. 20 мг/кг
4. 30 мг/кг
5. 50 мг/кг

20. Суточная доза сонапакса (тиоридазина) для детей раннего школьного возраста составляет
- 3
1. 2.5-5 мг
 2. 25-10 мг
 3. 10-30 мг
 4. 40-50мг
 5. 100 мг
21. В развитии генерализованного тика у детей роль наследственных факторов
- 3
1. отсутствует
 2. незначительная
 3. значительная
 4. зависит от возраста родителей
 5. зависит от пола больного
22. Плече-лопаточно-лицевая форма миопатии (Ландузи - Дежерина) имеет
- 1
1. аутосомно-доминантный тип наследования
 2. аутосомно-рецессивный тип наследования
 3. аутосомно-рецессивный, сцепленный с X-хромосомой тип наследования
 4. аутосомно-рецессивный и аутосомно-доминантный тип наследования
 5. тип наследования неизвестен
23. При невральной амиотрофии Шарко - Мари у детей возникают
- 3
1. только вялые парезы ног
 2. только вялые парезы рук
 3. вялые парезы рук и ног
 4. только парезы мышц туловища
 5. парез мышц рук, ног и туловища
24. Поражение нервной системы при наследственных нарушениях обмена у детей преимущественно связано
- 3
1. с нарушением мозгового кровообращения
 2. с эндокринными нарушениями
 3. с токсическим повреждением нейрона продуктами обмена
 4. с гипоксией нейрона
 5. с изменением клеточной проницаемости
25. Продолжительность диетолечения больного с фенилкетонурией составляет
- 4
1. с рождения до 6 месяцев

2. с рождения до 1 года
3. с рождения до 3 лет
4. с рождения до 5-6 лет 5. всю жизнь

26. Сочетание грубой задержки психомоторного развития с гиперкинезами, судорожным синдромом и атрофией зрительных нервов у детей до 2 лет характерно

1. для болезни с нарушением аминокислотного обмена
2. для болезни углеводного обмена
3. для мукополисахаридоза
4. для липидозов
5. для лейкодистрофии

27. Синдром Шершевского - Тернера возникает вследствие нарушений

- 1
1. половых хромосом
2. аутосом
3. обмена аминокислот
4. обмена витаминов
5. обмена углеводов

28. В характеристику болезни Дауна входит

- 1,2,3
1. гипертелоризм
2. умственная отсталость
3. мышечная гипотония
4. мышечная гипертония
5. пирамидная недостаточность

29. При синдроме Шершевского - Тернера кариотип больного

- 2
1. 46 XX
2. 45 XO
3. 47 ХХУ 4. 47 ХХ/ХУ
5. 48 ХХХУ

30. У пациентов с болезнью Дауна обычно имеют место

- 1, 2, 3
1. врожденный порок сердца
2. ожирение
3. поперечная складка на ладони
4. гепатоспленомегалия
5. ломкость костей

31. Синдром Шершевского - Тернера встречается

1

1. у девочек
2. у мальчиков
3. у лиц обоего пола
4. в пубертатном периоде
5. только у взрослых

32. Синдром Марфана характеризуется

5

1. арахнодактилией
2. пороками сердца
3. подвывихами хрусталика
4. задержкой умственного развития
5. всеми перечисленными симптомами

33. При гепато-церебральной дистрофии мышечный тонус изменен по типу

3

1. гипотонии
2. пирамидной спастичности
3. экстрапирамидной ригидности
4. дистонии
5. повышения по смешанному экстрапирамидному и пирамидному типу

34. Большая масса тела при рождении, кушингоидные черты, увеличение размеров сердца, печени, селезенки, микроцефалия (реже гидроцефалия) характерны 3

1. для врожденной краснухи
2. для тиреотоксической эмбриофетопатии
3. для диабетической эмбриопатии
4. для фетального алкогольного синдрома (ФАС)
5. для синдрома Дауна

35. Микседемоподобный синдром с задержкой психического развития отмечается у новорожденных от матерей, страдающих

3

1. ожирением
2. гипотиреозом
3. диффузным токсическим зобом
4. очаговым ("островчатым") зобом
5. диффузным увеличением щитовидной железы

36. Вторичная микроцефалия у детей развивается

3

1. в пренатальном периоде
2. только постнатально
3. в перинатальном периоде и в первые месяцы жизни

4. в любом возрасте

5. всегда в возрасте старше 1 года

37. Прогноз при микроцефалии у детей определяется

4

1. темпом роста головы

2. размером мозгового черепа

3. выраженностью двигательного дефекта

4. степенью умственной отсталости

5. сроком начала терапии

38. Дети с микроцефалией обычно наблюдаются невропатологом

4

1. до 15 лет

2. до старшего школьного возраста

3. до младшего дошкольного возраста

4. в раннем возрасте, далее наблюдаются психиатром

5. до 1 года

39. Избыточная продукция спинно-мозговой жидкости лежит в основе гидроцефалии

4

1. наружной

2. внутренней

3. открытой или сообщающейся

4. гиперпродуктивной

5. абсорбтивной

40. При компенсированной гидроцефалии у детей внутричерепное давление

2

1. стойко высокое

2. нормальное

3. пониженное

4. неустойчивое с тенденцией к повышению

5. неустойчивое с тенденцией к понижению

41. В наиболее тяжелых случаях при гидроцефалии у детей развивается 2

1. неврит зрительного нерва

2. гидроанэнцефалия

3. пирамидная недостаточность

4. дистрофия подкорковых узлов

5. поражение мозжечка и его связей

42. Ребенок с врожденной гидроцефалией обычно рождается

1

1. с нормальной или слегка увеличенной головой
2. с увеличением окружности головы на 4-5 см
3. с уменьшенной головой
4. с увеличением окружности головы на 5-8 см
5. все ответы правильные

43. Выраженный тетрапарез, психическая отсталость, псевдобульбарный синдром характерны

1

1. для гидроанэнцефалии
2. для окклюзионной гидроцефалии
3. для наружной гидроцефалии
4. для гидроцефалии после родовой травмы
5. для сообщающейся гидроцефалии

44. Вегетативные нарушения особенно четко выражены у детей при окклюзии на уровне

2

1. бокового желудочка
2. III желудочка
3. IV желудочка
4. субарахноидального пространства
5. на любом уровне

45. Декомпенсация гидроцефалии у детей особенно часто возникает

1. при вирусных инфекциях

2. при кишечных инфекциях
3. при нейроинфекциях
4. при черепных травмах
5. все ответы правильные

46. Появление одышки у детей при приеме диакарба свидетельствует

1. о метаболическом алкалозе

2. о метаболическом ацидозе
3. о нарушении церебральной гемодинамики
4. об обезвоживании
5. о поражении дыхательного центра

47. У доношенных детей чаще всего наблюдаются

2, 5

1. субдуральные кровоизлияния
2. субарахноидальные кровоизлияния
3. внутрижелудочковые кровоизлияния
4. перивентрикулярные кровоизлияния

5. паренхиматозные кровоизлияния

48. В начальном периоде гемолитической болезни у новорожденных применяется

1, 2

1. заменное переливание крови
2. фототерапия
3. фенobarбитал
4. преднизолон
5. фуросемид

49. Акушерский парез типа Дюшенна-Эрба характеризуется

4

1. парезом дистального отдела ноги
2. периферическим парезом ног
3. центральным монопарезом руки
4. периферическим парезом проксимального отдела руки
5. периферическим парезом дистального отдела руки

50. Акушерский парез типа Дежерин-Клюмпке характеризуется

3

1. центральным монопарезом ноги
2. центральным парезом руки
3. периферическим парезом дистального отдела руки
4. периферическим парезом проксимального отдела руки
5. тотальным периферическим парезом руки

51. В комплексной терапии акушерских параличей у детей 1-го года жизни применяются 1 2

3 5

1. массаж, ЛФК
2. поперечный электрофорез эуфиллина и никотиновой кислоты
3. ортопедические укладки
4. иглорефлексотерапия
5. парафиновые аппликации

52. Детский церебральный паралич и перинатальная энцефалопатия имеют

4

1. клиническую общность
2. общность только по времени воздействия повреждающего фактора
3. только этиологическую общность
4. общность этиологии и времени повреждения
5. однотипность течения

53. Нарушению мозгового кровообращения в интра - или неонатальном периоде, ведущему к детскому церебральному параличу, предшествуют

3

1. внутриутробная инфекция
2. метаболические нарушения
3. внутриутробная гипоксия или асфиксия
4. травма беременной женщины
5. аллергия беременной женщины

54. Детский церебральный паралич является:

4

1. наследственным заболеванием
2. хромосомной патологией
3. следствием нейроинфекции
4. исходом перинатальной энцефалопатии
5. подкорковой дегенерацией

55. Наличие тетрапареза, грубее выраженного в ногах, умеренная задержка психоречевого развития характерны для формы ДЦП:

2

1. двойной гемиплегии
2. спастической диплегии
3. гемиплегической
4. гиперкинетической
5. атонически-астатической

56. Наличие тетрапареза, грубее выраженного в руках, выраженная задержка психоречевого развития характерны для формы ДЦП:

1

1. двойной гемиплегии
2. спастической диплегии
3. гемиплегической
4. гиперкинетической
5. атонически-астатической

57. При детском церебральном параличе не выделяют формы:

2

1. гемиплегическую
2. миопатическую
3. гиперкинетическую
4. атонически-астатическую
5. двойную гемиплегическую

58. Двойная гемиплегия:

1

1. самая тяжелая форма ДЦП
2. самая легкая форма ДЦП
3. относится к наследственной патологии обмена веществ
4. имеется незначительная задержка психоречевого развития ребенка
5. является следствием нейроинфекции

59. При гиперкинетической форме детского церебрального паралича:

- 3
1. преобладает тикозный гиперкинез
 2. преобладает тремор
 3. преобладает атетоз, торсионная дистония
 4. сочетание всех перечисленных видов
 5. преобладают миоклонии

60. Наличие низкого мышечного тонуса, задержки психоречевого развития, тремора характерно для формы ДЦП:

- 5
1. двойной гемиплегии
 2. спастической диплегии
 3. гемиплегической
 4. гиперкинетической
 5. атонически-астатической

61. Сходящееся косоглазие при спастической диплегии обычно связано с поражением 5

1. ядра отводящего нерва с одной стороны
2. ядер отводящего нерва с обеих сторон
3. корешков отводящего нерва на основании мозга
4. ретикулярной формации мозгового ствола
5. коркового центра взора с обеих сторон

62. Распространенность детского церебрального паралича составляет на 1000 детского населения 2

1. 0.5 и ниже
2. 1.5-2.0
3. 5 и более
4. 10 и более
5. 15 и более

63. Ранними признаками детского церебрального паралича являются

- 1, 2, 3
1. отсутствие безусловных рефлексов у новорожденного
 2. нарастание тонических рефлексов
 3. отсутствие редукции безусловных рефлексов к 2 мес

4. судороги
5. гиперкинезы

64. Детский церебральный паралич в первые месяцы жизни может быть заподозрен на основании

1 2 3 4

1. факторов риска по течению беременности и родам
2. патологической постуральной активности
3. четкой задержки в двигательном и психическом развитии
4. нарушений мышечного тонуса
5. судорожного синдрома

65. Снижение слуха при детском церебральном параличе чаще встречается 4

1. при спастической диплегии
2. при двойной гемиплегии
3. при гемипаретической форме на стороне пареза
4. при гиперкинетической форме после ядерной желтухи
5. при атонически-астатической форме

66. Холинолитические препараты (циклодол, ридиол, тропацин) показаны при детском церебральном параличе

1

1. с экстрапирамидной ригидностью, атетозом, торсионной дистонией
2. не показаны
3. при атонически-астатической форме
4. при наличии хореического гиперкинеза
5. при спастической диплегии

67. При наличии менингеального синдрома после черепно-мозговой травмы у детей необходимы

4

1. электроэнцефалография
2. биохимическое исследование крови
3. определение остроты зрения и исследование глазного дна
4. спинно-мозговая пункция 5. краниография

68. После сотрясения головного мозга у детей отмечается

3, 4 ,5

1. эпилептический синдром
2. неврозоподобный синдром
3. гипоталамический синдром
4. гидроцефальный синдром
5. церебрастенический синдром

69. Очаг ушиба головного мозга чаще возникает у детей

1, 3

1. в области удара
2. только в стволе мозга
3. в области противоудара
4. только субтенториально
5. в области подкорковых узлов

70. В детском возрасте при черепно-мозговой травме чаще встречаются 1

1. оболочечные кровоизлияния
2. паренхиматозные кровоизлияния
3. внутрижелудочковые кровоизлияния
4. паренхиматозные и внутрижелудочковые кровоизлияния
5. все ответы правильные

71. Эпидуральная гематома наблюдается у детей

1

1. при переломе костей свода черепа
2. при переломе основания черепа
3. при переломе только внутренней пластинки
4. только при линейном переломе
5. только при импрессионном переломе

72. Клинические проявления травматического субарахноидального кровоизлияния развиваются у детей 4

1. подостро
2. после "светлого" промежутка
3. волнообразно
4. остро
5. начальный период асимптомен

73. При переломе основания черепа у детей возникает

5

1. эпидуральная гематома
2. субарахноидальное кровоизлияние
3. субпапневротическая гематома
4. гемипарез
5. ликворея

74. Заключение об инвалидности с детства после травмы спинного мозга выдается 2

1. только детям школьного возраста
2. в зависимости от характера остаточных явлений
3. только при наличии тетрапареза

4. только в раннем возрасте

5. только при нарушении функции тазовых органов

75. Санаторно-курортное лечение больным с травмой спинного мозга показано у детей
3

1. спустя 1-2 месяца

2. спустя 2-3 месяца

3. спустя 5-6 месяцев

4. спустя 1 год

5. в любых сроках

76. Противопоказанием к санаторно-курортному лечению детей после травмы спинного мозга являются 3

1. парезы и параличи

2. чувствительные нарушения

3. нарушения мочеиспускания и пролежни

4. деформация позвоночника

5. мышечные спазмы

77. При частичном разрыве спинного мозга у детей возможно 2

1. почти полное восстановление

2. частичное восстановление

3. положительной динамики не бывает

4. положительная динамика лишь в раннем возрасте 5. восстановление в зависимости от уровня поражения

78. При полном разрыве спинного мозга у детей восстановление 1

1. не бывает

2. бывает частичным

3. улучшается лишь чувствительность

4. частичное восстановление лишь у детей раннего возраста 5. частичное восстановление в зависимости от уровня поражения

79. При переломе позвонка, его смещении и вывихе может возникнуть 2

1. субарахноидальное кровоизлияние

2. синдром сдавления спинного мозга и корешков

3. распространенный полирадикулоневрит

4. поражение передних рогов спинного мозга

5. серозный менингит

80. В раннем детском возрасте причиной судорожных припадков является

1, 4, 5

1. недостаток пиридоксина (витамина В6)
2. недостаток кальция пантотената (витамина В5)
3. недостаток фолиевой кислоты (витамина В12)
4. недостаток кальция
5. недостаток магния

81. Вторично генерализованная эпилепсия возникает у детей на фоне 3

1. аллергии
2. иммунодефицита
3. органического церебрального дефекта
4. инфекционного заболевания
5. сотрясения головного мозга

82. Фенобарбитал детям раннего возраста целесообразно сочетать с назначением 4

1. калия
2. натрия бикарбоната
3. магния сульфата
4. кальция 5. глюкозы

83. Постепенная отмена противосудорожного лечения возможна у детей 4

1. через 1-2 года после последнего припадка
2. через 7-10 лет после последнего припадка
3. при положительной динамике ЭЭГ, но в зависимости от последнего припадка
4. через 3-5 лет после припадка при нормализации ЭЭГ 5. в пубертатном периоде

84. Больные эпилепсией или эпилептическим синдромом на диспансерном учете у детского невропатолога 3

1. не состоят
2. состоят только в раннем возрасте
3. состоят при отсутствии психических изменений и психических эквивалентов
4. состоят все больные до 15 лет
5. состоят больные с органическим церебральным дефектом

85. К группе высокого "риска" по эпилепсии следует отнести детей 3, 4

1. с фебрильными судорогами в раннем возрасте
2. с аффектно-респираторными пароксизмами
3. с органическим церебральным дефектом
4. с наследственной отягощенностью по эпилепсии
5. все ответы правильные

86. К эпилептическим энцефалопатиям относятся

1, 2, 3, 5

1. Синдром Веста

2. Синдром Леннокса – Гасто

3. Синдром Отахара

4. Синдром Арнольда Киари

5. Синдром Ландау-Клеффнера

87. В пре- и пубертатном периодах чаще отмечается страх

1. без определенного содержания

2. школы

3. болезни и смерти

4. животных

5. одиночества

88. В пре- и пубертатном периодах страх часто сопровождается

4

1. галлюцинациями

2. бредом

3. судорогами

4. выраженной вегетативной реакцией

5. психомоторным возбуждением

89. Заикание в основном развивается в возрасте

1

1. до 5 лет

2. младшем школьном

3. старшем школьном

4. препубертатном

5. не зависит от возраста

90. У детей дошкольного возраста преобладают страхи

1 2 3 4

1. темноты

2. одиночества

3. животных, напугавших ребенка

4. персонажей сказок, кинофильмов

5. болезни

91. У детей школьного возраста преобладают страхи

4

1. темноты

2. одиночества
3. животных, напугавших ребенка
4. школы
5. болезни

92. Невротические тики наиболее часты в возрасте

3

1. до 3 лет
2. от 3 до 5 лет
3. от 5 до 12 лет
4. от 12 до 16 лет
5. старше 16 лет

93. Наличие энуреза встречается у детей

2

1. старше 2 лет
2. старше 4 лет
3. старше 6 лет
4. старше 8 лет
5. старше 10 лет

94. Более позднее развитие общемозговых симптомов у детей по сравнению со взрослыми связано

4

1. с уменьшением секреции ликвора
2. с увеличением секреции ликвора
3. с усилением резорбции пахионовыми грануляциями
4. с относительным увеличением емкости субарахноидального пространства
5. все ответы правильные

95. У детей чаще, чем у взрослых, развиваются опухоли нейроэктодермального ряда, в частности 5

1. саркомы
2. арахноэндотелиомы
3. эпендимомы
4. тератомы
5. глиомы

96. При появлении у больного с гипертензионными симптомами атаксии, атонии, асинергии, адиадохокинеза и дисметрии можно заподозрить опухоль 5

1. лобной доли
2. височной доли

3. полушарий мозга 4. затылочной доли
5. мозжечка

97. Острое появление у больного с опухолью мозга резкой головной боли, головокружения, рвоты, нарушений функции дыхательного и сосудодвигательного центра связано 2

1. с подъемом артериального давления
2. с развитием приступа окклюзии на уровне IV желудочка
3. с развитием приступа окклюзии на уровне III желудочка
4. с резким падением артериального давления
5. с поражением вестибулярного рецептора

98. Альтернирующие синдромы характерны для опухолей с локализацией 4

1. в подкорковых узлах
2. в спинном мозге
3. в полушариях мозга
4. в стволе мозга
5. в мозжечке

99. Повторные субарахноидальные кровоизлияния у детей возникают 1

1. при мальформации
2. при ревматическом пороке сердца
3. при ликворной гипертензии
4. при опухоли глубоинной локализации
5. при артериальной гипотензии

100. Мигренью болеют 1, 4

1. до пубертатного периода с одинаковой частотой мальчики и девочки
2. только взрослые
3. во всех возрастных группах только лица женского пола
4. в пубертатном периоде девочки в два раза чаще мальчиков
5. все ответы правильные

101. Триада Гетчинсона характерна для: 5

1. нейроревматизма
2. церебрального арахноидита
3. энцефалита
4. врожденного раннего сифилиса
5. врожденного позднего сифилиса

102. Первичный гипотиреоз у детей характеризуется

1, 3, 4

1. сухостью и иктеричностью кожи
2. грубым голосом, микроглоссией
3. ломкими "матовыми" волосами
4. грубой задержкой психомоторного развития
5. судорожным синдромом

103. В течение перинатальной энцефалопатии выделяют

1, 4

1. острый период
2. подострый период
3. ранний восстановительный период
4. восстановительный период
5. период остаточных явлений

104. Выраженная мышечная гипотония новорожденных является отражением

5

1. гипоксии головного мозга, незрелости
2. родовой травмы головного и спинного мозга
3. повреждения мозга непрямым билирубином
4. дегенерации передних рогов спинного мозга
5. все перечисленного

105. К острым нарушениям мозгового кровообращения у детей относятся

1 2 3 4

1. церебральный сосудистый криз
2. геморрагический инсульт
3. преходящие нарушения мозгового кровообращения
4. ишемический инсульт
5. дисциркуляторная энцефалопатия

106. Причиной инсульта у детей является

1, 4, 5

1. аномалия развития сосудов головного мозга
2. стойкая артериальная гипотензия
3. атеросклероз
4. ревматизм
5. болезни крови

107. Острый период перинатальной энцефалопатии продолжается до:

1

1. 7 суток жизни
2. 10 суток жизни
3. 21 день
4. 1 месяц

5. 4 месяца

108. Восстановительный период перинатальной энцефалопатии продолжается до:

3

1. 2 месяцев

2. 4 месяцев

3. 1 год

4. 1,5 года

5. 2 года

109. При перинатальной энцефалопатии в остром периоде выделяют:

1

1. синдром угнетения

2. двигательных нарушений

3. мышечной гипертонии

4. задержки психомоторного развития

5. вегетативных дисфункций

110. При перинатальной энцефалопатии в остром периоде нет:

4

1. синдрома угнетения

2. синдрома повышенной нервно-рефлекторной возбудимости

3. гипертензионно-гидроцефального синдрома

4. синдрома двигательных нарушений

5. коматозного синдрома

111. При перинатальной энцефалопатии в восстановительном периоде не выделяют:

2

1. синдром двигательных нарушений

2. коматозный синдром

3. гипертензионно-гидроцефальный синдром

4. синдром задержки психомоторного развития

5. синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости

112. Для легкой степени постгипоксической энцефалопатии характерно:

2

1. гипертензионно-гидроцефальный синдром

2. синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости

3. общее угнетение

4. судороги

5. коматозное состояние

113. Для среднетяжелой степени постгипоксической энцефалопатии характерно:

2

1. синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости

2. гипертензионно-гидроцефальный синдром

3. коматозный синдром
4. субарахноидальное кровоизлияние
5. генерализованный отек мозга

114. Для синдрома гипервозбудимости не типично:

- 1
1. непостоянный горизонтальный пистагм
2. повышение спонтанной активности
3. мышечная гипотония
4. мышечный гипертонус
5. гиперрефлексия

115. К этиологическим факторам перинатальных энцефалопатий не относятся:

- 4
1. гипоксические
2. травматические
3. токсические
4. наследственные
5. инфекционные

116. Термин «Перинатальная энцефалопатия» сохраняется до возраста:

- 3
1. 6 месяцев
2. 9 месяцев
3. 12 месяцев
4. 3 лет
5. до передачи во взрослую поликлинику

117. Перинатальные энцефалопатии имеют исход в (выделить неправильный ответ):

- 5
1. выздоровление
2. минимальная мозговая дисфункция
3. гидроцефальный компенсированный синдром
4. детский церебральный паралич
5. первичная микроцефалия

118. Для гипертензионно-гидроцефального синдрома не типично:

- 4
1. долихоцефалический череп
2. увеличение окружности головы на более 2 см по сравнению с грудной клеткой
3. симптом «заходящего солнца»
4. анизокория
5. симптом «тюленьих лапок»

119. Пароксизмы тремора конечностей с цианозом, остановкой дыхания, кратковременные спазмы зрака вверх или вниз, пароксизмы спонтанного нистагма, спонтанные АШТР характеризуют синдром:

4

1. повышенной нервно-рефлекторной возбудимости
2. гипертензионно-гидроцефальный
3. угнетения
4. судорожный
5. коматозный

120. Аритмия пульса, плавающие глазные яблоки, нистагм, сужение зрачков со снижением реакции на свет, резкая мышечная гипотония характеризуют синдром:

5

1. повышенной нервно-рефлекторной возбудимости
2. гипертензионно-гидроцефальный
3. угнетения
4. судорожный
5. коматозный

121. Платибазией называется краниовертебральная аномалия, при которой имеется 1

1. уплощение ската затылочной кости
2. воронкообразное вдавление в область затылочного отверстия
3. сращение I шейного позвонка с затылочной костью
4. расщепление дужки 1 шейного позвонка
5. дополнительные шейные позвонки

122. Аномалией Арнольда - Киари называется патология, при которой имеется 3

1. сращение шейных позвонков
2. сращение I шейного позвонка с затылочной костью
3. смещение вниз миндалин мозжечка
4. расщепление дужки I шейного позвонка
5. все перечисленное

123. Наиболее информативными методами исследования при врожденной аномалии мозга Денди - Уолкера являются

1 2

1. вентрикулография
2. компьютерная томография мозга
3. миелография
4. рентгенография краниовертебрального перехода
5. все перечисленные

ЭПИЛЕПСИЯ И СУДОРОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ

1. Этиологическими факторами идиопатической эпилепсии является

1

- 1) генная мутация
- 2) родовая травма
- 3) гемолитическая болезнь новорожденных
- 4) черепно-мозговая травма
- 5) нарушение электролитного баланса

2. К генерализованным пароксизмам относятся
5

- 1) джексоновские
- 2) вегетативно-висцеральные
- 3) соматосенсорные
- 4) с нарушением психических функций
- 5) абсансы

3. Для простых абсансов характерно:
3

- 1) падение больного
- 2) клонические подергивания конечностей
- 3) замирания
- 4) отключение сознания длительные
- 5) непроизвольное мочеиспускание

4. Для инфантильных спазмов (синдром Веста) типично:
2

- 1) генерализованные тонико-клонические припадки
- 2) атипичные абсансы с «поклонами»
- 3) однократный приступ
- 4) нормальное психомоторное развитие
- 5) нормальная ЭЭГ

5. Миоклонические припадки – это:
4

- 1) кратковременные отключения сознания
- 2) односторонние клонические подергивания
- 3) внезапное снижение мышечного тонуса
- 4) внезапные кратковременные непроизвольные мышечные сокращения
- 5) генерализованные клонические подергивания

6. Судороги у новорожденных протекают как :
2

1. атонические
2. тонико-клонические
3. миоклонические
4. с сенсорным компонентом
5. абсансы

7. Признаки генерализованного эпилептического припадка все, кроме:

3

1. психо-моторное возбуждение
2. тонико-клонические судороги
3. миоз
4. утрата сознания
5. амнезия постприступная

8. У ребенка периодически возникал отсутствующий взгляд, в это время не реагировал на окружающих, падений и судорог не было. Назовите тип припадка: 4

1. генерализованный тонический
2. атонический
3. джексоновский
4. абсанс
5. миоклонический.

9. У ребенка появились подергивания левой кисти с быстрым распространением на всю руку, а затем на всю левую половину туловища назовите тип припадка: 3

1. генерализованный тонический
2. атонический
3. джексоновский
4. абсанс
5. миоклонический.

10. У ребенка появились поворот головы и глаз влево, а затем тоническое напряжение с потерей сознания. Назовите тип припадка. 3

1. генерализованный тонико-клонический
2. атонический
3. адверсивный
4. абсанс
5. миоклонический.

11. У ребенка появилось подергивание левой половины лица, кисти с последующим распространением на все туловище. Назовите тип припадка. 2

1. первичный генерализованный
2. вторично-генерализованный
3. атонический
4. адверсивный
5. миоклонический.

12. У ребенка периодически появлялись кратковременные приступы с потерей сознания и внезапным падением. Назовите тип припадка. 3

1. первичный генерализованный
2. вторично-генерализованный

3. атонический
4. адверсивный
5. миоклонический.

13. К эпилептическим припадкам относится все, кроме: 4

1. Джексоновский приступ.
2. Миоклонии.
3. Генерализованный тонико-клонический приступ.
4. Дроп-атака. 5. Абсанс.

14. К неэпилептическим припадкам относится все, кроме: 4

1. Фебрильные судороги.
2. Аффективно-респираторные приступы.
3. Карпо-педальные спазмы.
4. Абсанс. 5. Тики.

15. При фебрильных судорогах наиболее часто наблюдаются

2

- 1) сложные парциальные припадки
- 2) генерализованные тонико-клонические припадки 3) абсансы
- 4) фокальные моторные припадки
- 5) фокальные сенсорные припадки

16. Фебрильные судороги характеризуются

3

- 1) задержкой психического развития
- 2) наличием изменений в неврологическом статусе
- 3) дебютом в 1-3 года
- 4) фокальным компонентом в структуре приступа 5) наличием на ЭЭГ стойкого регионарного замедления

17. К противосудорожным препаратам не относятся:

3

1. фенobarбитал
2. бензонал
3. допамин
4. финлепсин
5. дифенин

18. При введении оксипурилата натрия существует опасность:

3

1. гипертонического криза

2. снижения АД
3. угнетение дыхания
4. желудочно-кишечные расстройства
5. нарушения ритма сердца

19. Для лечения судорожных припадков не применяются принципы:

3

1. длительность
2. преемственность
3. непрерывность
4. прерывность
5. Индивидуальность

20. Для лечения эпилепсии у детей используется:

5

1. диазепам в разовой дозе 10 мг/кг
2. димедрол 1 мг/кг в сутки
3. аминазин 2 мг/кг
4. карбамазепин 50- 100 мг/кг/сут
5. карбамазепин 10-30 мг/кг/сут

21. Для лечения генерализованных припадков препаратом первого ряда является:

2

1. Карбамазепин
2. Вальпроаты (Депакин, конвулекс)
3. Диазепам
4. Натрия оксибутират
5. Фенобарбитал

22. Для лечения парциальных припадков препаратом первого ряда является:

1

1. Карбамазепин
2. Вальпроаты (Депакин, конвулекс)
3. Диазепам
4. Натрия оксибутират
5. Фенобарбитал

23. Отмена противоэпилептической терапии осуществляется у детей 4

- 1) только после полной нормализации ЭЭГ
- 2) через 3 месяца после нормализации ЭЭГ
- 3) через 6 месяцев после клинической ремиссии
- 4) через 2 года после клинической ремиссии нормализации ЭЭГ
- 5) через 5 лет после клинической ремиссии и нормализации ЭЭГ

24. Отмена противоэпилептической терапии осуществляется у взрослых

5

- 1) только после полной нормализации ЭЭГ
- 2) через 3 месяца после нормализации ЭЭГ
- 3) через 6 месяцев после клинической ремиссии
- 4) через 2 года после клинической ремиссии нормализации ЭЭГ
- 5) через 5 лет после клинической ремиссии и нормализации ЭЭГ

25. Постоянная противоэпилептическая терапия назначается

3

- 1) после первого судорожного приступа
- 2) при фебрильных судорогах
- 3) после установления диагноза эпилепсии
- 4) при подозрении на эпилепсию
- 5) при семейном анамнезе по эпилепсии

26. К противосудорожным препаратам относятся следующие препараты, кроме:

4

1. конвулекс.
2. ривотрил.
3. депакин.
4. имован.
5. карбамазепин

27. К эпилептиформным паттернам относится все, кроме:

5

1. Острые волны.
2. Спайк-волны.
3. Острая-медленная волна.
4. Полипики.
5. Альфа волны.

28. Для купирования эпилептического статуса применяются

4

- 1 диазепам
- 2 натрия оксибутират
- 3 тиопентал натрия,
- 4 все перечисленное
- 5 ничего из перечисленного

29. Абсолютным ЭЭГ-признаком эпилепсии является:

4

1. альфа – ритм
2. бета- ритм
3. дельта-волны
4. комплексы острая-медленная волна

5. медленно-волновая активность

30. Появлению эпилептической активности на ЭЭГ способствует:

4

1. ритмическая фотостимуляция
2. ритмическая фоностимуляция
3. гипервентиляция
4. все ответы правильные
5. все ответы неправильные

31. К противосудорожным препаратам относится все, кроме:

3

1. Ламотриджин .
2. Леветирацетам.
3. Диакарб.
4. Депакин. 5. Диазепам.

32. Из противоэпилептических средств в одинаковой степени угнетают как тормозные, так и возбуждающие системы ретикулярной формации ствола

2

1. карбамазепин
2. вальпроат натрия
3. этосуксимид
4. фенитоин
5. триметадион (триметин)

33. При возникновении приступов эпилепсии во время сна средством первой очереди является 1

1. карбамазепин
2. гексамидин
3. вальпроевая кислота
4. фенобарбитал
5. ламотриджин

34. Тяжелую анемию при длительном лечении эпилепсии высокими дозами вызывают

1 3 4

1. вальпроат натрия
2. диазепам
3. фенобарбитал
4. дифенин
5. леветирацетам

35. Средством первой очереди в фармакотерапии эпилептического статуса на месте приступа и при транспортировке является введение в вену 2

1. маннитола

2. диазепам
3. тиопентала натрия
4. гексенала
5. преднизолона

36. Основным нейрофизиологическим механизмом патогенеза эпилепсии является формирование очага 5

1. стимуляции активирующей восходящей системы
2. сниженного порога возбудимости в коре
3. генерации гиперсинхронных разрядов
4. недостаточной активности в антиэпилептических подкорковых структурах
5. все ответы правильные

37. Анатомическими структурами, через которые реализуется распространение патологической электрической активности при генерализации эпилептического приступа, являются 5

1. ретикулярная формация межучного мозга
2. ретикулярная формация среднего мозга
3. комиссуральные нейрональные системы мозолистого тела
4. ничего из перечисленного
5. все ответы правильные

38. Важнейшим нейрофизиологическим свойством эпилептического очага является способность 5

1. генерировать гиперсинхронный разряд электрической активности
2. навязывать ритм своей активности другим отделам мозга
3. путем генерализации гиперсинхронных импульсов генерировать вторичные и третичные очаги
4. ничего из перечисленного
5. все ответы правильные

39. Для выявления нарушений электрической активности мозга при эпилепсии применяют 5

1. классическую электроэнцефалографию
2. компрессионно-спектральный метод регистрации ЭЭГ (с преобразованием по Берг - Фурье)
3. исследование зрительных вызванных потенциалов
4. исследование слуховых вызванных потенциалов
5. все ответы правильные

40. Структурами мозга, угнетающими проявления эпилептической активности при эпилепсии, являются

- 3
1. хвостатое ядро

2. латеральное ядро гипоталамуса
3. каудальное ретикулярное ядро моста
4. мозжечок
5. прецентральная извилина

41. Проявлению эпилептической активности на ЭЭГ способствуют
5

1. ритмическая фотостимуляция
2. гипервентиляция
3. депривация (лишение) сна
4. сонная активация
5. все ответы правильные

42. Развитию эпилептического припадка способствует
2 3

1. ацидоз
2. алкалоз
3. гиперкапния
4. ни один из этих факторов
5. все указанные факторы

43. Сложные парциальные припадки эпилепсии отличаются от простых
3

1. сочетанием моторной и сенсорной симптоматики
2. сочетанием вегетативной и сенсорной симптоматики
3. нарушением осознания происходящего
4. наличием ауры 5. всем перечисленным

44. Рефлекторными называют эпилептические приступы, которые провоцируются
4

1. эмоциональным стрессом
2. приемом алкоголя
3. лихорадкой с повышением температуры
4. первичными сенсорными импульсами
5. все ответы правильные

45. Гиперплазия десен наблюдается при длительном лечении эпилепсии
3

1. этосукцимидом
2. карбамазепином
3. дифенином
4. клоназепамом
5. ламотриджином

46. Для синдрома Леннокса-Гасто типично все, кроме

5

1. пиков 1,5-2 Гц и волновых разрядов на ЭЭГ
2. продолжающейся аномалии фоновой активности на ЭЭГ
3. абсансов
4. умственной отсталости
5. способности дифенина контролировать припадки

47. Для лечения синдрома Веста препаратами выбора являются:

4 5

1. фенobarбитал
2. дифенин
3. карбамазепин
4. топирамат
5. вальпроаты

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

1. Основными задачами медицинской генетики является изучение

5

1. законов наследственности и изменчивости человеческого организма
2. популяционной статистики наследственных заболеваний
3. молекулярных и биохимических аспектов наследственности
4. изменения наследственности под воздействием факторов окружающей среды
5. всего перечисленного

2. Доминантный признак по закону Менделя

проявляется при скрещивании во втором поколении с частотой

3

- 1.1:1
- 2.2:1
- 3.3:1
- 4.4:1
- 5.5:1

3. Доминантный ген - это ген, действие которого 3

1. выявляется в гетерозиготном состоянии
2. выявляется в гомозиготном состоянии
3. выявляется в гетеро- и гомозиготном состоянии
4. все ответы правильные
5. все ответы неправильные

4. Генотип организма представляет собой систему взаимодействия генов, при которой наследственные признаки определяются путем участия

5

1. одного гена в определении одного признака
2. одного гена в определении многих признаков

3. многих генов в определении одного признака

4. неверно все перечисленное

5. верно все перечисленное

5. Пробандом называют

2

1. здорового носителя мутантного гена

2. больного или носителя мутантного гена

3. здорового родителя больного с признаками наследственного заболевания

4. ребенка, больного наследственным заболеванием

5. родственников больного

6. Сибсом называют

3

1. здорового родителя больного наследственным заболеванием

2. ребенка больного наследственным заболеванием

3. родного брата или сестру (но не близнецов) больного наследственным заболеванием

4. брата отца больного

5. родственника по материнской линии

7. Фенотип - это совокупность признаков и свойств организма, проявление которых обусловлено

3

1. действием доминантного гена

2. действием рецессивного гена

3. взаимодействием генотипа с факторами среды

4. все ответы неправильные

5. все ответы правильные

8. Кариотип - это совокупность особенностей хромосомного набора (комплекса) клетки, определяющаяся

4

1. числом половых хромосом

2. формой хромосом

3. структурой хромосом

4. всем перечисленным

5. верно 1 и 2

9. Аутосомно-доминантный тип наследования отличается

3

1. преимущественным поражением лиц мужского пола

2. преобладанием в поколении больных членов семьи

3. проявлением патологического наследуемого признака во всех поколениях без пропуска

4. преимущественным поражением женщин

5. проявлением патологического наследуемого признака через поколение

10. Аутосомно-рецессивный тип наследования отличается тем, что 3

1. соотношение здоровых и больных членов семьи равно 1:1
2. заболевание не связано с кровным родством
3. родители первого выявленного больного клинически здоровы
4. первые признаки заболевания проявляются на 2 десятилетии жизни
5. болеют только мужчины

11. Рecessивный тип наследования, связанный с X-хромосомой (сцепленный с полом), отличается тем, что 2

1. соотношение больных мужчин в каждом поколении равно 2:1
2. заболевают только мужчины
3. заболевают только женщины
4. признаки болезни обязательно находят у матери пробанда 5. признаки болезни обязательно находят у отца пробанда

12. Причиной хромосомных заболеваний могут быть

1 2 3

1. изменения числа хромосом
2. изменения размера хромосом
3. нарушения структуры хромосом
4. влияние факторов внешней среды
5. все ответы верные

13. Фенотипическими признаками хромосомных болезней являются

4

1. нарушения психического развития
2. нарушения физического развития
3. множественные пороки развития
4. все перечисленное
5. верно 1 и 2

14. Индуцированный мутагенез вызывают следующие факторы

5

1. ультрафиолетовые лучи
2. проникающая радиация
3. химические вещества
4. вирусы
5. все перечисленное

15. Основным биохимическим признаком фенилкетонурии является повышение содержания

4

1. ванилилминдальной кислоты
2. диоксифенилуксусной кислоты
3. дигидроксифенилэтанола
4. фенилпировиноградной кислоты
5. все перечисленное

16. Поражение нервной системы при лейкодистрофии происходит в результате

3

1. избыточного накопления липидов в нервных клетках
2. утраты липидов нервными клетками
3. распада липидов миелина и накопления продуктов распада в центральной нервной системе
4. всего перечисленного
5. ничего из перечисленного

17. Прогрессирующие мышечные дистрофии обусловлены поражением

5

1. цереброспинальных пирамидных путей
2. мотонейронов передних рогов спинного мозга
3. периферического двигательного нейрона
4. всего перечисленного
5. ничего из перечисленного

18. Спинальная амиотрофия Верднига - Гоффмана наследуется

1

1. по аутосомно-доминантному типу
2. по аутосомно-рецессивному типу
3. по рецессивному типу, связанному с полом (X-хромосома)
4. по доминантному типу, связанному с полом
5. все ответы верные

19. Изменение контура ног по типу "опрокинутой бутылки" обусловлено изменением массы мышц

1

1. при амиотрофии Шарко - Мари - Тута
2. при гипертрофической невропатии Дежерина - Сотта
3. при мышечной дистрофии Эрба
4. при мышечной дистрофии Беккера - Киннера
5. при амиотрофии Кугельберга - Веландера

20. Амиотрофия Шарко - Мари - Тута обусловлена первичным поражением

2

1. передних рогов спинного мозга

2. периферических двигательных нервов
3. мышц дистальных отделов конечностей
4. мышц проксимальных отделов конечностей
5. пирамидного пути

21. Мышечная дистрофия Дюшенна наследуется по:

2

1. аутосомно-доминантному типу
2. X-сцепленному рецессивному типу
3. X-сцепленному доминантному типу
4. аутосомно-рецессивному
5. все ответы правильные

22. Прогрессирующая мышечная дистрофия формы Ландузи - Дежерина наследуется

1

1. по аутосомно-доминантному типу
2. по аутосомно-рецессивному типу
3. по рецессивному типу, сцепленному с полом (через X-хромосому)
4. X-сцепленному доминантному
5. все ответы правильные

23. Тип наследования при миотонии Томсена характеризуется как 1

1. аутосомно-доминантный
2. аутосомно-рецессивный
3. рецессивный, сцепленный с полом (через X-хромосому)
4. X-сцепленный доминантный
5. все ответы правильные

24. При атрофической миотонии Куршмана-Батена преобладает слабость мышц

1 3

1. головы и шеи
2. проксимальных отделов конечностей
3. дистальных отделов конечностей
4. ничего из перечисленного
5. правильный ответ 1,3

25. Тип наследования при гиперкалиемическом периодическом параличе характеризуется как 1

1. аутосомно-доминантный
2. аутосомно-рецессивный
3. рецессивный, сцепленный с полом (через X-хромосому)
4. X-сцепленный доминантный
5. все ответы правильные

26. Тип наследования при гипокалиемическом периодическом параличе характеризуется как

1

1. аутосомно-доминантный
2. аутосомно-рецессивный
3. X-сцепленный с полом доминантный
4. X-сцепленный с полом рецессивный
5. все ответы правильные

27. Нарушения медно-белкового обмена при гепатоцеребральной дистрофии Вильсона - Коновалова обусловлены дефектом гена следующей хромосомы

3

1

.

X

2. IX
3. XIII
4. II
5. VII

28. Исследование плазмы больного гепатоцеребральной дистрофией выявляет

4

1. повышение уровня церулоплазмينا и гиперкупремию
2. понижение уровня церулоплазмينا и гиперкупремию
3. повышение уровня церулоплазмينا и гипокупремию
4. понижение уровня церулоплазмينا и гипокупремию
5. правильного ответа нет

29. Приступ пароксизмальной миоплегии при гипокалиемической форме (болезнь Вестфаля – Шахновича) обычно возникает

4

1. во время тяжелой физической нагрузки
2. сразу после тяжелой физической нагрузки
3. в состоянии полного покоя днем
4. во время ночного сна
5. во всех перечисленных состояниях

30. Приступ пароксизмальной миоплегии при гиперкалиемической (болезнь Гармсторпа) и нормокалиемической форме (болезнь Посканцера и Керра) возникает

2 3

1. во время тяжелой физической нагрузки
2. во время отдыха после физической нагрузки
3. в состоянии покоя днем
4. во время ночного сна
5. во всех перечисленных состояниях

31. Тип наследования при хорее Гентингтона характеризуется как 1

1. аутосомно-доминантный
2. аутосомно-рецессивный
3. рецессивный, сцепленный с полом (через X-хромосому)
4. доминантный, сцепленный с полом (через X-хромосому)
5. все ответы правильные

32. Клиническая картина типичной хорее Гентингтона, кроме хореического гиперкинеза, включает

- 5
1. пластическую экстрапирамидную ригидность
 2. симптом "зубчатого колеса"
 3. акинезию
 4. гипомимию
 5. деменцию

33. Болезнь Паркинсона может проявиться следующими синдромами

- 2
1. хореоатетоидным
 2. акинетико-ригидным
 3. вестибуломозжечковым
 4. денторубральным
 5. гиперэксплексией

34. К дофасодержащим препаратам для лечения болезни Паркинсона относятся

- 2
1. мидантан, вирегит
 2. наком, мадопар
 3. парлодель, лизурид
 4. юмекс, депренил
 5. циклодол

35. При наследственном эссенциальном дрожании тремор обычно имеет следующий характер 3

1. тремор покоя
2. интенционный
3. статодинамический
4. ничего из перечисленного
5. все ответы правильные

36. Нарастание проявлений болезни Паркинсона наступает от приема

- 1 2
1. аминазина
 2. галоперидола
 3. диазепама

4. акинетона

5. мидокалма

37. При эссенциальном наследственном дрожании препаратами выбора являются

2

1. α -адренергические блокаторы (пирроксан)

2. β -адренергические блокаторы (анаприлин)

3. дофасодержащие средства (L-допа, наком)

4. агонисты дофаминовых рецепторов (бромкриптин)

5. транквилизаторы

38. Клиническая картина врожденной юношеской торсионной дистонии (форма Сегавы)

отличается наличием

2

1. вестибуломозжечкового синдрома

2. акинетико-ригидного синдрома

3. синдрома сенситивной атаксии

4. пирамидно-мозжечкового синдрома 5. гиперкинетическим

39. Для проведения цитогенетического анализа чаще используют следующие ткани:

2

1. клетки костного мозга

2. лимфоциты периферической крови

3. клетки печени

4. эритроциты

5. биоптат семенника

40. При лечении типичной формы хореи Гентингтона обычно применяют

2

1. дофасодержащие препараты

2. нейролептики

3. агонисты дофамина

4. антихолинергические препараты

5. антихолинэстеразные препараты

41. Мозжечковую диссинергию Ханта от миоклонус-эпилепсии Унферрихта - Лундборга отличает 3

1. наличие мозжечковых симптомов

2. отсутствие пирамидных симптомов

3. отсутствие экстрапирамидных симптомов

4. отсутствие нарушений глубокой чувствительности

5. правильного ответа нет

42. Среди спиноцереbellарных атаксий болезнь Фридрейха отличается наличием

5

1. деформации стопы
2. дизрафическим статусом
3. поражением мышцы сердца
4. снижением или выпадением сухожильных рефлексов
5. всего перечисленного

43. Для семейной спастической параплегии (болезни Штрюмпеля) характерно преобладающее поражение следующих спинальных анатомических структур

1

1. пирамидных путей
2. мозжечковых путей
3. клеток передних рогов
4. клеток задних рогов
5. задних канатиков спинного мозга

44. Характерной чертой нижнего парапареза при болезни Штрюмпеля является

2

1. преобладание слабости над спастичностью
2. преобладание спастичности над слабостью
3. преобладание мозжечковых симптомов над пирамидными
4. сочетание пирамидных симптомов с фибрилляцией мышц
5. сочетание пирамидных симптомов с сенситивной атаксией

45. Нейрофибромы при болезни Реклингаузена могут локализоваться

4

1. по ходу периферических нервов
2. в спинномозговом канале по ходу корешков
3. интракраниально по ходу черепных нервов
4. на любом указанном участке
5. правильного ответа нет

46. Тип наследования нейрофиброматоза (болезни Реклингаузена) характеризуется как

1 2

1. аутосомно-доминантный
2. аутосомно-рецессивный
3. рецессивный, сцепленный с полом (через X-хромосому)
4. доминантный, сцепленный с полом (через X-хромосому)
5. все ответы правильные

47. Интракраниальный ангиоматоз при синдроме Стерджа - Вебера поражает

3

1. вещество мозга
2. твердую оболочку
3. мягкую оболочку

4. нейроглию

5. одинаково часто все перечисленные структуры

48. Для подтверждения интракраниального поражения при энцефалотригеминальном ангиоматозе достаточно произвести 4

1. электроэнцефалографию

2. краниографию

3. реоэнцефалографию

4. МР- ангиографию

5. транскраниальную доплерографию

49. Тип наследования атаксии-телеангиэктазии (синдром Луи - Бар) характеризуется как 2

1. аутосомно-доминантный

2. аутосомно-рецессивный

3. рецессивный, сцепленный с полом (через X-хромосому)

4. доминантный, сцепленный с полом (через X-хромосому)

5. все ответы правильные

50. Для болезни Дауна характерно сочетание следующих признаков 1

1. округлый череп, готическое небо, гипертелоризм, гипотония мышц

2. долихоцефалия, расщепление неба, арахнодактилия, гипертонус мышц

3. краниостенотический череп, заячья губа, наличие 6-го пальца, хореоатетоз

4. косолапость, расщелина твердого неба, катаракта

5. наблюдается сочетание любых перечисленных признаков

51. Для синдрома Шегрена - Ларссена характерны

1 2

1. недостаточность слезо- и слюноотделения

2. ихтиоз с преимущественным поражением сгибательных поверхностей

3. психические нарушения

4. спастический тетрапарез

5. все перечисленное

52. Для передне-роговой формы синдрома Шегрена - Ларссена характерны

5

1. нарушения проприоцептивной чувствительности

2. спастические парезы

3. диссоциированный тип нарушений чувствительности

4. сенситивная атаксия

5. ничего из перечисленного

53. К лизосомным болезням накопления относят:

1 2 3

1. болезнь Тея-Сакса
2. болезнь Гоше
3. болезнь Нимана-Пика
4. болезнь Лея
5. болезнь Олперса

54. Туберозный склероз наследуется:

- 1
1. аутосомно-доминантно
2. аутосомно-рецессивно
3. закономерно со вновь образующимися мутациями
4. предположительно с митохондриальными генными дефектами
5. рецессивно, сцеплено с полом

55. Укажите правильную формулу кариотипа при синдроме Шерешевского- Тернера:

- 2
1. 46,XY,5p-
2. 45, XO
3. 47,XXY
4. 47,XXX
5. 48, XXYY

56. Укажите формулу кариотипа при синдроме Дауна:

- 2
1. 47,XX,13+
2. 47,XX,21+
3. 47, XY,18+
4. 47,XXX
5. 47,XXY

57. Какая форма факоматоза характеризуется первичным иммунодефицитом?

- 4
1. нейрофиброматоз Реклингхаузена
2. туберозный склероз Бурневилля
3. ангиоматоз Гиппеля-Линдау
4. синдром Луи-Бар 5. энцефалотригеминальный ангиоматоз Штурге-Вебера

58. Для болезни Реклингхаузена характерно появление на коже 3

1. папулезной сыпи
2. телеангиэктазий
3. "кофейных" пятен
4. витилиго 5. розеолезной сыпи

59. Дизрафический статус характеризуется наличием ряда аномалий, таких как:

5

1. сколиоз позвоночника
2. асимметрия грудных сосков
3. высокое готическое небо
4. неправильные ряды зубов
5. все ответы верные

60. Псевдогипертрофии наблюдают при следующих формах прогрессирующей мышечной дистрофии

1 2

1. тип Дюшена
2. тип Беккера - Киннера
3. тип Ландузи - Дежерина
4. тип Эрба-Рота 5. тип Давиденкова

61. К умственной отсталости могут приводить следующие пренатальные заболевания:

5

1. хромосомные аномалии
2. нарушения аминокислотного обмена
3. пероксисомные болезни
4. лизосомные болезни накопления
5. все ответы правильные

ПСИХОНЕВРОЛОГИЯ, СОМАТОНЕВРОЛОГИЯ

1. Неврологическими осложнениями при заболевании печени являются

5

1. экстрапирамидные нарушения
2. нарушения психики
3. неврастенический синдром
4. полинейропатия 5. все ответы правильные

2. При хроническом гепатоцеребральном синдроме в результате цирроза печени наступает

5

- 1.энцефалопатия
- 2.миелопатия
3. полинейропатия
4. судорожный синдром
5. все перечисленное

3 Неврологическим синдромом осложняющим течение сахарного диабета, является

5

1. энцефалопатия
2. миелопатия

3. полинейропатия
4. диабетическая нейропатия
5. все перечисленное

4. Для синдрома фуникулярного миелоза характерно:

- 1 2
1. сенситивная атаксия
 2. пирамидная проводниковая недостаточность
 3. вялые парезы ног
 4. полинейропатия
 5. все перечисленное

5. Развитие фуникулярного миелоза обусловлено нарушением метаболизма

- 1
1. витамина B12
 2. витамина B1
 3. фолиевой кислоты
 4. всего перечисленного
 5. ничего из перечисленного

6. Клиническими проявлениями фуникулярного миелоза являются

- 2 3
1. мозжечковая атаксия
 2. сенситивная атаксия
 3. нижний спастический парапарез
 4. нижний вялый парапарез
 5. ничего из перечисленного

7. При фуникулярном миелозе встречается триада симптомов

- 1
1. парестезии, нарушение глубокой чувствительности, спастический парез нижних конечностей
 2. офтальмоплегия, спастический тонус нижних конечностей, расстройства функций тазовых органов
 3. нарушение глубокой чувствительности, расстройства сфинктеров, вялый парез нижних конечностей
 4. корсаковский синдром, сенсорная и моторная полинейропатия
 5. ничего из перечисленного

8. При хронической почечной недостаточности встречаются следующие синдромы поражения нервной системы

- 1 2
1. сенсо-моторная полинейропатия
 2. хроническая ренальная энцефалопатия

3. корсаковский синдром

4. триада Шарко

5.ничего из перечисленного

9. Церебральные осложнения при острых заболеваниях бронхов и легких обусловлены развитием 5

1. ишемической (циркуляторной) гипоксии

2. острой гипоксемии

3. анемической гипоксии

4. метаболической гипоксии

5. комбинированной гипоксии

10. При пневмококковой пневмонии неврологическим осложнением может быть 4

1. полинейропатия

2. миелопатия

3. энцефалопатия

4. менингит

5. все перечисленное

11. При хронических заболеваниях бронхов и легких, осложненных эмфиземой, энцефалопатия протекает 2 3

1. с преобладанием очаговой симптоматики

2. с краниалгией

3. с повышением внутричерепного давления и затруднением венозного оттока

4. с преобладанием мозжечковой симптоматики

5.верно 1 и 2

12. При эритремии неврологические осложнения развиваются вследствие 2

1. тромбоцитопении с геморрагическими периваскулярными экстравазатами

2. тромбоза церебральных артерий с ишемическим поражением ЦНС

3. метаболической аноксии

4.все ответы правильные

5.правильного ответа нет

13. При эритремии частым неврологическим осложнением является 4

1. полинейропатия

2. дисциркуляторная энцефалопатия

3. субарахноидальное кровоизлияние

4. нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу

5. геморрагический инсульт

14. Поражение нервной системы при лейкозах вызывается

5

1. воздействием лейкоэмическими инфильтратами
2. анемической гипоксией
3. циркуляторной гипоксией
4. геморрагическим инсультом
5. все ответы правильные

15. Клиническим проявлением миеломной болезни является:

2 3

1. артралгии
2. оссалгии
3. радикулалгии
4. миалгии
5. каузалгии

16. Патогенез поражений нервной системы при миеломной болезни связан

5

1. с гиперпарапротеинемией
2. с компрессией спинного мозга и периферических нервов костной тканью
3. с ДВС
4. с геморрагическим диатезом
5. верно 1 2 3

17. Поражение нервной системы при лимфогранулематозе происходит в результате

2 3

1. нарушения гемоциркуляции
2. компрессии нервов гранулематозной тканью
3. разрастания гранул в веществе мозга
4. всего перечисленного
5. ничего из перечисленного

18. Неврологическими осложнениями лимфогранулематоза являются

1 2

1. компрессия периферических нервов
2. компрессия спинальных корешков
3. субарахноидальное кровоизлияние
4. паренхиматозное кровоизлияние в мозг
5. все перечисленное неверно

19 Для тиреотоксической миопатии характерно:

2 4

1. поражение верхних конечностей и плечевого пояса

2. поражение нижних конечностей
3. неуклонное прогрессирование мышечной слабости
4. ремиттирующее течение двигательного дефекта
- 5.ничего из перечисленного

20. Поражение нервной системы при гипопаратиреозе обусловлено

1. гиперкальциемия
2. гипокальциемия
3. гипернатриемия
4. гипонатриемия
5. гиперкалиемия

21. Типичным неврологическим проявлением гипопаратиреоза является синдром

- 1
1. тетании
2. миастении
3. миодистрофии
4. писчего спазма
5. все перечисленное

22. Развитие неврологических синдромов при панкреатитах связано

- 2
1. с нарушением эндокринных функций
2. с нарушением экзокринных функций
3. с алиментарным дефицитом
4. с гиповолемией
5. с гиперпротеинемией

23. Симптомами гипогликемической комы являются

- 2 3
1. сухость кожных покровов
2. влажность кожных покровов
3. снижение артериального давления
4. повышение артериального давления
- 5.все ответы неправильные

24. Синдром Иценко - Кушинга (гиперкортицизм) развивается при наличии

- 1 4
1. глюкостеромы
2. альдостеромы
3. инсулиномы

4. длительной глюкокортикоидной терапии 5.узлового зоба

25 Клинические проявления синдрома Иценко - Кушинга (гиперкортицизма)

характеризуются

2 3 5

1. похуданием
2. ожирением
3. гипергликемией
4. гипогликемией 5.остеопорозом

26. Для диабетической полинейропатии характерно

5

1. снижение ахилловых рефлексов
2. преимущественное поражение нервов верхних конечностей
3. преимущественное поражение нервов нижних конечностей
4. нарушение вибрационной чувствительности
5. верно 1 3 4

27. Для острой надпочечниковой недостаточности характерны:

1 3

1. падения артериального давления
2. подъема артериального давления
3. адинамии, прогрессирующей утраты сознания
4. острого психотического синдрома
5. правильного ответа нет

28. При сахарном диабете развивается нейропатия черепных нервов

1

1. III, IV, VI, VII
2. VII, XI, XII
3. X, XI, XII
4. IX, X
5. все ответы неправильные

29. При диабетической полинейропатии преобладают

2 3

1. двигательные нарушения
2. вегетативно-трофические нарушения
3. нарушения вибрационной чувствительности
4. сенситивная атаксия
5. сохранность поверхностной чувствительности

36. Для I-й стадии хронического алкоголизма не характерны

5

1. утрата количественного контроля потребляемого алкоголя
2. развитие толерантности к алкоголю
3. зависимость алкогольных эксцессов от ситуационных факторов
4. появление психического влечения к алкоголю
5. развитие абстинентного синдрома

37. Для II-й стадии хронического алкоголизма наиболее важным признаком является

1. развитие толерантности к алкоголю
2. формирование абстинентного синдрома
3. развитие астено-невротического симптомокомплекса
4. появление соматических осложнений
5. все перечисленное неверно

38. Для III-й стадии хронического алкоголизма характерны следующие признаки, кроме

1. снижения толерантности к алкоголю
2. снижения психического влечения
3. психоэмоционального подъема после приема алкоголя
4. истинных запоев
5. появления рвоты при похмелье

39. Развитие эпилептических припадков при хроническом алкоголизме наблюдают

1. на I-й стадии
2. на II-й стадии
3. на III-й стадии
4. одинаково вероятно на всех стадиях
5. правильного ответа нет

40. При энцефалопатии Гайе - Вернике наблюдаются:

1 2 3

1. глагодвигательные нарушения
2. атаксия
3. хореоатетоз
4. тремор
5. все перечисленное

41. Корсаковский синдром проявляется симптомами, за исключением

1. амнезии
2. конфабуляции
3. дезориентированности во времени
4. бредовых идей
5. все ответы верные

42. К сенсibiliзирующей терапии алкоголизма относится применение, за исключением
1 5

1. анаприлина
2. трихопола
3. эметина
4. тетурама
5. мельдония

44. Побочным действием морфиноподобных препаратов, вводимых в терапевтических
дозах,
является 4

1. угнетение всех фаз дыхательной деятельности
2. тахикардия
3. снижение артериального давления
4. тошнота и рвота
5. затруднение мочеиспускания

46. Вегетативные проявления морфинной абстиненции включают следующие симптомы, за
исключением

- 3
1. повышения артериального давления
 2. повышения потоотделения
 3. снижения температуры тела
 4. кишечных дискинезий
 5. слезотечения и насморка

47. Длительное злоупотребление продуктами индийской конопли (гашиш, марихуана,
маконха, дага, анаша) приводит 4

1. к полинейропатии
2. к тикам
3. к хореоатетозу
4. к деменции
5. к судорожным припадкам

49. Патологической основой невроза является дисфункция
3

1. коры лобной доли доминантного полушария
2. коры височной доли правого полушария у правши
3. лимбико-ретикулярного комплекса
4. подкорковых узлов
5. ничего из перечисленного

51. При диагностике невроза следует руководствоваться наличием

5

1. психотравмирующей ситуации
2. особенностей структуры личности больного
3. психического конфликта
4. особенностей клинического симптомокомплекса
5. все перечисленное верно

55 Ложные параличи и парезы наиболее часто наблюдаются при следующих формах неврозов 2

1. неврастении
2. диссоциативном расстройстве моторики
3. неврозе навязчивых состояний
4. невротической депрессии
5. все ответы неправильные

57. Задачей психотерапии при неврозе является

5

1. снятие тревоги и страха
2. формирование адекватных установок у личности
3. коррекция социального и межличностного поведения больного
4. дезактуализация психоэмоционального конфликта
5. все перечисленное

60. К традиционным классическим клиническим формам неврозов относятся

1 3 4

1. неврастения
2. инсомния
3. невроз навязчивых состояний
4. диссоциативное расстройство
5. синдром дефицита внимания

61. Головная боль при неврозах обусловлена

1 2

1. дистония кранио-церебральных сосудов
2. патологическое мышечное напряжение
3. ликвородинамические нарушения
4. невралгия черепных нервов
5. ничего из перечисленного

62. Наиболее часто имитацию органических неврологических симптомов наблюдают

4

1. при неврастении
2. при депрессии

3. при неврозе навязчивых состояний

4. при истерии

5. верно 1 2

64. Наиболее частыми проявлениями полинейропатии при заболеваниях желудочнокишечного тракта являются

2 3

1. двигательные нарушения

2. чувствительные нарушения

3. вегетативно-трофические нарушения

4. все перечисленные

5. верно 2 3

4 СЕМЕСТР

ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

1. Причиной ортостатической гипотензии является

1, 3, 4

1. передозировка гипотензивных препаратов

2. диабетическая полиневропатия

3. идиопатическая ортостатическая гипотензия

4. заболевания сердца

5. заболевания крови

2. Феномен денервационной гиперчувствительности характерен для поражения

5

1. преганглионарных симпатических нейронов

2. постганглионарных симпатических нейронов

3. преганглионарных парасимпатических нейронов

4. постганглионарных парасимпатических нейронов 5. верно 2 и 4

3. Причиной вегетативных кризов являются

1 3

1. тревожные невротические расстройства

2. черепно-мозговая травма

3. поражения гипоталамуса

4. пролапс митрального клапана

5. коллагенозы

4. Периферическая вегетативная недостаточность наблюдается при следующих вариантах диабетических полинейропатий

1. проксимальной симметричной полинейропатии
2. проксимальной асимметричной полинейропатии
3. дистальной полинейропатии
4. множественной мононейропатии
5. все перечисленное

5. Для базисной терапии вегетативных кризов применяются следующие препараты
3, 4

1. β -блокаторы
2. беллатаминал
3. клоназепам
4. трициклические антидепрессанты
5. все перечисленные

6. Вегетативные кризы приходится дифференцировать со следующими состояниями 1, 3

1. височной эпилепсией
2. феохромоцитомой
3. гипогликемией
4. нейрогенной гипервентиляцией
5. все перечисленное

7. Поражение периферической (сегментарной) вегетативной нервной системы
проявляется следующими синдромами

- 1, 2
1. периферической вегетативной недостаточностью
2. ангиотрофопатическими синдромами
3. нейрогенной тетанией
4. кластерной головной болью
5. всеми перечисленными

8. Поражение надсегментарной вегетативной нервной системы проявляется
следующими синдромами

- 2, 3
1. рефлекторной симпатической дистрофией
2. нейро-эндокринно-метаболическими расстройствами
3. психовегетативным синдромом

4.астеноневротическим синдромом

5.всеми перечисленными

9. Синдром периферической вегетативной недостаточности характерен, кроме
5

1.для диабетической полинейропатии

2.для алкогольной полинейропатии

3.для острой перемежающейся порфирии

4.для амилоидной полинейропатии

5.для герпетической ганглиопатии

10. При нейропатических болях эффективны
2

1.антидепрессанты

2.антиконвульсанты

3.нестероидные противовоспалительные средства

4.симпатолитики

5.ничего из перечисленного

11. Этиологией гипоталамического синдрома в возрасте 10-25 лет являются
3

1.неврозы

2.травмы

3.опухоли гипофиза

4.менингиты

5.энцефалиты

12. Критерием диагностики гипоталамического синдрома является наличие
1,2,4

1.нейроэндокринных расстройств

2.нейрометаболических расстройств

3.нейромышечных расстройств

4.мотивационно-поведенческих расстройств

5.всего перечисленного

13. Причиной одностороннего феномена Рейно является все кроме
2

1.синдром верхней апертуры грудной клетки

2.синдром запястного канала

3. шейная радикулопатия

4. спондилогенная цервикальная миелопатия

5. добавочное ребро

14. Патогномоничным признаком гипоталамического синдрома являются

5

1. вегетативные кризы

2. нарушения терморегуляции

3. мотивационно-поведенческие расстройства

4. полигландулярная недостаточность

5. все перечисленное верно

15. Наиболее частой причиной односторонних болей в лице, сопровождающихся выраженной вегетативной симптоматикой, является все, кроме 4

1. носоресничная невралгия

2. крылонебная невралгия

3. невралгия большого каменистого нерва

4. пучковые (кластерные) головные боли

5. невралгия тройничного нерва

16. Гипервентиляционная проба для подтверждения диагноза нейрогенной тетании проводится обычно в течение

4

1. 30 с

2. 1 мин

3. 2 мин

4. 3 мин

5. 5 мин

17. Критерием положительной гипервентиляционной пробы является

4

1. возникновение предобморочного состояния

2. появление дрожи

3. появление страха

4. воспроизведение имеющихся у больных симптомов

5. появление положительного симптома Хвостека

18. Для гипервентиляционного синдрома характерны онемение и парестезии

1,2,3

1. в дистальных отделах рук

2. в дистальных отделах ног
3. в периоральной области
4. шейно-затылочной области
5. во всех перечисленных областях

19. Нейрогенная остеоартропатия (сустав Шарко) при сахарном диабете возникает 2

1. в плюснефаланговых суставах
2. в плюснепредплюсневых суставах
3. в голеностопных суставах
4. в коленных суставах
5. в локтевых суставах

20. Сегментарный аппарат симпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов на уровне сегментов

- 3
1. C5-C8
2. D1-D8
3. C8-L2
4. L2-S5
5. C8-S5

21. Спинальный сегментарный аппарат парасимпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов на уровне сегментов

- 5
1. C2-C5
2. C6-D2
3. D5-D8
4. L2-L5
5. S2-S5

22. В норме учащение пульса при исследовании вегетативных рефлексов вызывает проба

- 3
1. Ашнера (глазосердечный рефлекс)
2. клиностатическая
3. ортостатическая
4. шейно-сердечная (синокаротидный рефлекс)
5. проба Стюккеля

23. Пучковая (кластерная) головная боль

1, 3

- 1.чаще бывает у мужчин
- 2.чаще бывает у женщин
- 3.приступ обычно ночью
- 4.приступ обычно днем
- 5.в любое время суток

24. Синдром акромегалии является результатом гиперпродукции в гипофизе

- 1.адренотропного гормона
- 2.гонадотропного гормона
- 3.соматотропного гормона
- 4.тиреотропного гормона
- 5.пролактина

25. Лечение несахарного диабета включает 2

- 1.тиреотропные гормоны
- 2.адиурекрин
- 3.гормоны коры надпочечников
- 4.инсулин
- 5.все перечисленное

26. Эритромелалгия характеризуется болями и отечностью дистальных отделов конечностей, что обусловлено

- 1.тромбозом периферических артерий
- 2.тромбозом периферических вен
- 3.спазмом периферических артерий
- 4.дилатацией периферических артерий
- 5.дистальным лимфостазом

27. Для синдрома поражения звездчатого узла характерны 1,2,3

- 1.жгучие боли в области шеи, руки и нижней трети лица
- 2.нарушения ритма сердечных сокращений
- 3.нарушения трофики кожи шеи, руки и лица на стороне поражения
- 4.боли в животе

5. все перечисленное

28. Поражение вегетативных волокон характерно для следующего варианта периферической нейропатии

3

1. миелінопатии
2. нейронопатии
3. аксонопатии
4. Валлеровского перерождения
5. все ответы верные

29. Феномен ортостатической гипотензии характеризуется снижением артериального давления в вертикальном положении

2 3

1. систолического - на 20 мм рт. ст. и более
2. систолического - на 30 мм рт. ст. и более
3. диастолического - на 20 мм рт. ст. и более
4. систолического и диастолического на 10 мм рт.ст.
5. все перечисленное

30. Для лечения ортостатической гипотензии, обусловленной периферической вегетативной недостаточностью, применяются следующие средства

2 3

1. дексаметазон
2. флудрокортизон(кортинефф)
3. симпатомиметики
4. β -блокаторы
5. все перечисленное

31. Эффект антидепрессантов при вегетативных кризах обычно наступает

4

1. немедленно
2. через 3 дня
3. через 1-2 недели
4. через 2-3 недели
5. через 1 месяц

32. Для развернутой (дистрофической) стадии рефлекторной симпатической дистрофии характерны все, кроме

1 2 3 4

1. побледнение кожных покровов
2. понижение температуры конечности

3. гипергидроз
4. отек конечности
5. покраснение кожи

33. Наиболее эффективным методом лечения рефлекторной симпатической дистрофии является

- 3
1. применение адреноблокаторов
 2. кортикостероидная терапия
 3. блокада регионарных симпатических узлов
 4. применение капсаицина
 5. иглорефлексотерапия

34. У больной наблюдается приступ побледнения кожных покровов, сопровождающийся тахикардией, подъемом АД, ознобopodobным тремором, гипергидрозом. Как называется приступ? 3

1. мейеровский
2. эпилептический
3. симпато-адреналовый
4. кардиалгический
5. вагоинсулярный

35. Преобладающим типом нарушения мочеиспускания при периферической вегетативной недостаточности является 2

1. нарушение накопления мочи
2. нарушение опорожнения мочевого пузыря
3. императивные позывы
4. периодическое недержание
5. все ответ правильные

36. При нарушении опорожнения мочевого пузыря применяют

- 5
1. прием Креде
 2. периодическую катетеризацию
 3. холиномиметики
 4. α -адреноблокаторы
 5. все перечисленное

37. Вариантом рефлекторной симпатической дистрофии является

- 2
1. синдром Персонейдж - Тернера (невралгическая амиотрофия)
 2. синдром Стейнброекера (плечо - кисть)
 3. синдром "замороженного плеча"
 4. задний шейный симпатический синдром

5. постгерпетическая невралгия

38. Признаками синдрома неадекватной (повышенной) секреции АДГ являются

2 3

1. гипернатриемия
2. гипонатриемия
3. гипоосмолярность крови
4. гиперосмолярность крови
5. правильного ответа нет

39. К периферическим вегетативным синдромам относят:

1 2 4

1. прогрессирующую гемиатрофию лица
2. болезнь Рейно
3. кардиалгии
4. эритромелалгию
5. липодистрофию

40. Ганглионит цилиарного узла характеризуется всем, кроме 4

1. резкой болью в глазу и за глазами
2. герпетическими высыпаниями на коже лба и носа
3. светобоязнью, слезотечением
4. экзофтальмом
5. кератитом, конъюнктивитом

41. Характерными признаками вегетативных нарушений являются:

1 2 3

1. склонность к генерализации
2. преобладание явлений раздражения
3. зависимость от внешних факторов (температура, атмосферное давление)
4. хороший эффект психотерапии
5. четкая связь с этиологическим фактором

42. Птоз при синдроме Горнера уменьшается

2

1. при повторных движениях глаз
2. при взгляде вверх
3. при закапывании в глаз атропина
4. при закапывании в глаз мезатона
5. при всем перечисленном

43. При нарушении накопления мочи не назначают

2

1. холинолитики

2. антихолинэстеразные средства
3. миорелаксанты (баклофен)
4. трициклические антидепрессанты
5. транквилизаторы

44. Причиной гиперпролактинемии (персистирующей галактореи-аменореи) может явиться

- 1
1. аденома гипофиза
2. краниофарингиома
3. инсульт
4. дегенерация аркуатного дофаминергического пути
5. нейролептическая терапия

45. Функцией вегетативной нервной системы являются:

- 2
1. движения
2. гомеостаз
3. равновесие и координация
4. мышление
5. речевые функции

46. Синдром Аргайла Робертсона наблюдается, кроме

- 4
1. при рассеянном склерозе
2. при синдроме Парино
3. при нейросифилисе
4. при болезни Альцгеймера
5. при алкоголизме

47. На ранней стадии синдрома Эйди обычно наблюдается

- 1
1. одностороннее расширение зрачка
2. одностороннее сужение зрачка
3. односторонний птоз
4. двустороннее расширение зрачка
5. двустороннее сужение зрачка

48. Причиной синдрома Горнера могут явиться все перечисленные заболевания, кроме

- 4
1. синингомиелии
2. синдрома Панкоста
3. шейного ребра
4. БАС
5. плекситов

49. Для синдрома Горнера характерно:

3

1. экзофтальм, мидриаз, тахикардия
2. расходящееся косоглазие, птоз, брадикардия
3. птоз, миоз, энофтальм
4. лагофтальм, симптом ресниц
5. анизокория, «плавающие глазные яблоки» .

50. При ботулизме наиболее часто наблюдаются следующие вегетативные симптомы

2 4

1. нарушение реакции зрачков на свет
2. нарушение аккомодации
3. гиперсаливация
4. снижение перистальтики кишечника
5. гипергидроз

51. Для периферической вегетативной недостаточности при сахарном диабете характерно все, кроме 5

1. ортостатической гипотензии
2. артериальной гипертензии в положении лежа
3. ночных поносов
4. запоров
5. повышенной реакции на гипогликемию

52. Ведущим вазомоторным фактором алгической стадии приступа мигрени считается

5

1. спазм артерий вертебробазилярной системы
2. спазм артерий в системе наружной сонной артерии
3. спазм артерий в системе внутренней сонной артерии
4. дилатация ветвей внутренней сонной артерии
5. дилатация ветвей наружной сонной артерии

53. Приступ ассоциированной мигрени от других форм мигрени отличает наличие

4

1. предвестников
2. двусторонней локализации боли в височной области
3. рвоты на высоте приступа
4. преходящих очаговых неврологических симптомов
5. обильного мочеиспускания в конце приступа

54. Приступ, появляющийся после психоэмоционального перенапряжения и проявляющийся головными болями в левой половине головы, тошнотой, рвотой, светобоязнью называется: 3

1. лицевой симпаталгией
2. височной эпилепсией

3. мигренозным приступом
4. височной эпилепсией
5. вагоинсулярным кризом

55. Для ауры классической (офтальмической) мигрени характерно 4

1. расходящееся косоглазие
2. сходящееся косоглазие
3. птоз
4. "мерцающие" скотомы
5. нистагм

56. Приступы связанной с месячным циклом "менструальной" мигрени чаще бывают

1

1. в течение предшествующей менструации недели
2. в первые дни менструации
3. в последние дни менструации
4. сразу после окончания менструации
5. в любой из указанных периодов

57. Нейротрансммиттером в терминалях симпатических преганглионарных нейронов является

1

1. ацетилхолин
2. адреналин
3. норадреналин
4. дофамин
5. серотонин

58. Нейротрансммиттером в терминалях симпатических постганглионарных нейронов является

2

1. адреналин
2. норадреналин
3. ацетилхолин
4. дофамин
5. серотонин

59. Тахикардия в покое (90-100 ударов в минуту) у больных с прогрессирующей вегетативной недостаточностью обусловлена

4

1. усилением симпатических влияний на сердце
2. ослаблением симпатических влияний на сердце
3. усилением парасимпатических влияний на сердце
4. ослаблением парасимпатических влияний на сердце
5. правильного ответа нет

60. Эритромелалгия характеризуется болями и отечностью дистальных отделов конечностей, что обусловлено 4

1. тромбозом периферических артерий
2. тромбозом периферических вен
3. спазмом периферических артерий
4. дилатацией периферических артерий
5. дистальным лимфостазом

61. Для синдрома поражения звездчатого узла характерны

1 2 3

1. жгучие боли в области шеи, руки и нижней трети лица
2. нарушения ритма сердечных сокращений
3. нарушения трофики кожи шеи, руки и лица на стороне поражения
4. головные боли
5. нарушения чувствительности в руках

62. Для заднего шейного симпатического синдрома характерно сочетание 1

1. односторонней пульсирующей головной боли с кохлеовестибулярными нарушениями
2. головной боли в затылочной области с корешковыми чувствительными расстройствами по ульнарной поверхности руки
3. жгучих болей в надключичной области с приступами мышечной слабости в руке
4. всего перечисленного
5. правильного ответа нет

63. Гемианоптический дефект поля зрения при ауре офтальмической мигрени наступает в результате дисциркуляции в области 4

1. сетчатой оболочки глаза
2. зрительного тракта
3. лучистого венца
4. коры затылочной доли
5. внутренней капсулы

64. Приступы побледнения кожи кончиков пальцев с последующим цианозом характерны 2

1. для полиневропатии Гийена - Барре
2. для болезни (синдрома) Рейно
3. для синдрома Толоза - Ханта
4. для гранулематоза Вегенера
5. для аденомы гипофиза

65. В лимбико-ретикулярный комплекс входят:

1 2 3 4

1. поясная извилина
2. гиппокамп

3. миндалина
 4. нога морского конька
- сосцевидное тело\

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ПЕРЕЧЕНЬ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ

1 СЕМЕСТР

Топическая диагностика заболеваний нервной системы

1. Чувствительные нарушения.
2. Поражение мозговых оболочек и изменения спинномозговой жидкости.
3. Двигательные нарушения.
4. Координация движений и ее расстройства.
5. Экстрапирамидные нарушения: подкорковые узлы, синдромы их поражения.
6. Поражение больших полушарий. Строение: кора и белое вещество.
7. Черепные нервы, основные функции, анатомо-физиологические данные, локализация ядер в стволе мозга.
 - 7.1 Обонятельный нерв. Аносмия, гипосмия, гиперосмия.
 - 7.2 Зрительный нерв.
 - 7.3 Глазодвигательные нервы.
 - 7.4 Нервы мосто-мозжечкового угла. Тройничный нерв – V пара. Невралгия тройничного нерва. Лицевой нерв и промежуточный нерв – VII пара. Периферический паралич мимической мускулатуры. Феномен Белла. Надбровный и корнеальные рефлексы. Слезотечение и сухость глаза. Нарушение вкуса, гиперакузия. Преддверно-улитковый нерв – VIII пара. Снижение слуха, кондуктивная и невральная глухота. Вестибулярный нистагм, вестибулярное головокружение, вестибулярная атаксия. Синдром Меньера.
 - 7.5 Каудальная группа нервов. Языкоглоточный нерв –IX; блуждающий нерв – X; добавочный нерв – XI; подъязычный нерв – XII. Дизартрия, дисфагия, дисфония, назолалия, агеизия. Бульбарный синдром. Дифференциальная диагностика с псевдобульбарным синдромом
8. Синдромы сочетанного поражения черепных нервов. Синдром мосто-мозжечкового угла. Синдром внутреннего слухового прохода (Ляница), Синдром Градениго-Ланнуа (верхушки пирамиды височной кости). Синдром Гарсена
9. Поражение ствола мозга.

10. Поражение спинного мозга
11. Поражение периферической нервной системы:
12. Нарушение тазовых функций.
13. Поражение лимбико-гипоталамо-ретикулярного комплекса.
14. Вегетативные нарушения.

Общая неврология. Методы изучения деятельности нервной системы.

1. Клинико-нейрофизиологические методы исследования

1.1. Электроэнцефалография (ЭЭГ).

1.2. Реоэнцефалография и реовазография.

1.3. Допплероультрасонография.

1.4. Вызванные потенциалы (ВП): соматосенсорные, зрительные, слуховые, стволовые. Физиологическая основа ВП. Ранние и поздние компоненты. Период последствий. Роль ВП в диагностике уровня поражения афферентных систем и оценки их функционального состояния. ВП и психические функции. Моторные ВП и возможность оценки афферентных и эфферентных систем.

1.5. Связанные с событиями потенциалы. Контингентное негативное отклонение (КНО) – метод исследования систем вероятностного прогнозирования, внимания. Моторный потенциал (МП) – метод оценки интегративных процессов деятельности мозга, связанных с планированием, подготовкой и оценкой выполнения движений. Возможности применения методов в неврологии.

1.6. Транскраниальная магнитная стимуляция мозга – метод оценки функционального состояния двигательного пути и возбудимости мозга. Пороги моторных ответов и время центрального проведения. Диагностические возможности применения в неврологической практике.

1.7. Электронейромиография (ЭНМГ). Физиологические основы ЭНМГ. Аппаратура для регистрации ЭНМГ. ЭНМГ критерии разных уровней поражения (нижний мотонейрон, корешок спинного мозга, нервный ствол, мышца). Глобальная, локальная и стимуляционная ЭНМГ. Методика исследования скорости проведения по моторным, сенсорным и вегетативным волокнам. Н-ответ и М-ответ.

1.8. Полисомнография

1.9. Методы исследования сегментарного отдела вегетативной нервной системы и их оценка.

1.10. Исследование порогов боли (альгометрия, ноцептивный флексорный рефлекс [R3]).

Болевые оценочные шкалы.

2. Нейровизуализационные методы исследования.

2.1. Рентгеновская компьютерная томография (КТ)

2.2.Магнитно-резонансная томография (МРТ)

2.3.Позитронная эмиссионная томография – метод прижизненного количественного исследования метаболизма и кровотока в ЦНС.

3. Лабораторные методы исследования

3.1.Поясничная пункция и исследование цереброспинальной жидкости.

3.2.Лабораторная диагностика: иммунологические тесты, исследование мышечных ферментов, показатели гемостаза, серологическая диагностика

2 СЕМЕСТР

Частная неврология

1.Сосудистые заболевания нервной системы

2. Инфекции нервной системы.

3. Демиелинизирующие заболевания нервной системы

4. Опухоли центральной нервной системы.

5. Патология ликворциркуляции.

6. Травматическое поражение нервной системы.

7. Нервно-мышечные заболевания.

8. Заболевания периферической нервной системы.

9. Боковой амиотрофический склероз.

3 СЕМЕСТР

1. Дегенеративные заболевания с преимущественным поражением: пирамидной системы и мозжечка, экстрапирамидной системы 2. Головные и лицевые боли.

3. Эпилепсия.

4. Наследственные и врожденные заболевания ЦНС.

5. Соматоневрологические синдромы.

6. Интоксикации.

7. Деменции

8. Нарушения цикла «Сон-бодрствование» (ЦСБ).

9. Возрастные аспекты неврологических заболеваний.

10. Нейрореабилитация.

4 СЕМЕСТР

Частные неврологические синдромы: акинетико-ригидный синдром, миоклонус. синдром патологического положения головы, хорей, тремор, лицевые гиперкинезы, атаксия,

головокружение, поражение мотонейрона (нижнего и верхнего), гемиплегия (гемипарез), эпизоды преходящих парезов конечностей, параплегия нижняя спастическая, миопатический синдром (мышечная дистрофия, мышечная слабость проксимальная, миотонические и псевдомиотонические синдромы, синдром вегетативной дистонии, вегетативные пароксизмы, гипоталамический синдром, синдром периферической вегетативной недостаточности (ПВН), феномен Рейно, нейрогенный мочевой пузырь, боли в спине и ноге, в области плечевого пояса и руки, менингеальный синдром, приступообразная головная боль (ГБ), односторонняя слабость лицевой (мимической) мускулатуры, полинейропатический синдром, острая наружная офтальмоплегия, острое состояние спутанности, первый эпилептический припадок у взрослого, судорожный припадок.

ПЕРЕЧЕНЬ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ**для промежуточной аттестации****Задача – 1**

На прием к врачу пришла мать с 9- летним мальчиком. Мать рассказывает, что у мальчика наблюдаются состояния, когда он вдруг как бы застывает, взгляд устремляется в одну точку, на обращенную к нему речь не реагирует. Такие явления бывают часто, по 10- 15 раз в день.

При объективном исследовании никаких изменений в статусе ребенка не выявлено.

Какой диагноз?

Какие дополнительные методы исследования должны быть проведены для подтверждения диагноза?

Какие назначения необходимо сделать?

Задача- 2

Больной жалуется на припадки, начинающиеся с подергиваний в пальцах левой руки, распространяющиеся затем на всю руку и левую половину лица. Вслед за этим больной теряет сознание. Припадки сопровождаются прикусыванием языка и упусканьем мочи.

Как называется такой вид эпилептического припадка?

Где находится первичный очаг возбуждения?

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести такому больному?

Задача- 3

У человека 57 лет на фоне постоянно повышенных цифр кровяного давления (180/90, 190/100 мм) утром был обнаружен левосторонний спастический гемипарез, левосторонняя гемианопсия и левосторонняя гемианестезия.

Определить процесс, локализацию очага поражения.

Первая помощь при таких состояниях?

Методы лечения в условиях стационара?

Задача- 4

У человека в возрасте 45 лет на фоне высоких цифр кровяного давления внезапно развилась потеря сознания, появилась рвота, непроизвольное мочеиспускание и дефекация.

Лицо багрового цвета, пульс напряжен. Анизокория слева шире, чем справа. Реакция зрачков на свет отсутствует. Поднятые конечности падают паралитически. Сухожильные рефлексы отсутствуют. С права положительный симптом Бабинского. Ригидность затылка. Верхний симптом Брудзинского справа.

Определить характер и локализацию повреждения?

Перечислить мероприятия по оказанию первой врачебной помощи?

Задача- 5

У 42-летней женщины отмечалось снижение зрения сначала справа, затем слева, отсутствие менструации в последние два года, жажда и частое мочеиспускание.

Неврологическое обследование выявило атрофию зрительных нервов на глазном дне, битемпоральная гемианопсия, слабость конвергенции, реакция зрачков на свет снижена, на краниограмме турецкое седло увеличено в размерах.

Какой топический и клинический диагноз можно поставить, и обоснуйте их?

Задача- 6

58-летняя женщина жаловалась на звон и снижение слуха слева, головные боли, пошатывание при ходьбе, в течение 6 месяцев ходит с трудом. Симптомы имеют прогрессирующий характер. Болеет в течение 5 лет.

Неврологическое обследование выявило нистагм при взгляде влево, отсутствие корнеального рефлекса слева, гипестезия лица слева, снижение глоточного рефлекса слева, ходит с широко расставленными ногами, в позе Ромберга падает влево, мозжечковые пробы выполняет хуже левыми конечностями. Легкая пирамидная недостаточность справа. На глазном дне смазанность границ сосков зрительных нервов. В люмбальном ликворе белково-клеточная диссоциация.

Какой топический и клинический диагноз можно поставить данному больному?

Задача - 7

Молодая женщина 2 месяца тому назад вышла замуж. Заболела довольно остро в течение 2-ух дней появилась и стала быстро нарастать головная боль, повысилась температура до 38.С, наблюдалось тошнота и рвота.

При поступлении в клинику у нее обнаружена легкая ригидность мышц затылка, симптом Кернига и нижний Брудзинского.

Со стороны черепно-мозговых нервов найдена анизокория D>S, вялая реакция зрачков на свет. Сглажена левая носогубная складка. Сухожильные рефлексы оживлены, коленные выше справа, ахилловы выше слева.

На глазном дне обнаружена гиперемия сосков зрительных нервов, резкое расширение вен и некоторое сужение артерий.

При тщательном осмотре на груди и животе обнаружены единичные розеолы.

Какой клинический диагноз заболевания? Форма заболевания?

Какие необходимы исследования для подтверждения этого диагноза? Методы лечения?

Задача- 8

"Скряб" в больницу доставлен мужчина в состоянии опьянения. Известно, что при переходе улицы он был сбит автомашиной и лежал в течение 10 минут – до приезда "скорой". Была рвота.

В приемном отделении больной возбужден, требует немедленной выписки из больницы, считает себя здоровым.

При осмотре в области правого виска отмечена небольшая припухлость. Правый зрачок несколько шире левого. При оскале зубов носогубные складки асимметричны-слева чуть сглажена. Парезов нет. Сухожильные рефлексы слегка повышены слева. Имеется нечеткий симптом Бабинского слева. Менингеальных симптомов нет. АД 110/70 мм.рт. ст., пульс- 56 в мин.

Какова тактика врача в данном случае? Нужно ли произвести дополнительные исследования? Какой характерный симптом здесь описан? Предполагаемый диагноз? Локализация процесса?

Задача- 9

62- летний мужчина с инфарктом миокарда в анамнезе проснулся с правосторонней гемиплегией. Глаза тонически повернуты влево и не реагируют на угрожающие действия со стороны правого поля зрения. Реакция на боль в левой половине тела сохранена. Речь невразумительна, приказов не исполняет. Воспроизвести простые фразы не может.

Локализация и характер процесса?

Задача- 10

Больной 47 лет поступил с жалобами на пошатывание при ходьбе. Из анамнеза известно, что 8 месяцев назад стал постепенно снижаться слух на левое ухо, затем перекосило лицо вправо, и онемела левая щека, появились головные боли, тошнота головокружение. При осмотре невропатологом: нарушение слуха слева по типу звуковоспринимающего аппарата,

периферический парез левого лицевого нерва, гипестезия левой половины лица, гипотония мышц атаксия в левых конечностях.

Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Какой Ваш предполагаемый диагноз?

При каких заболеваниях возможно развитие гипертензионного синдрома?

Задача – 11

У 37-летнего мужчины появились непроизвольные подергивания левого большого пальца на руке. В течение 30 секунд подергивания распространились на всю левую руку, а в левом предплечье и на лице появились насильственные движения. Он не мог вспомнить, что с ним случилось, но его жена сказала, что он упал, а подергивания распространились на всю левую половину тела. В бессознательном состоянии он пребывал 3 минуты, а затем 15 минут приходил в себя. во время приступа он прикусил язык, отмечалось непроизвольное мочеиспускание.

Какой приступ у больного?

Указать локализацию поражения?

Какие обследования необходимо предпринять?

Задача – 12

У 27 – летнего мужчины появились приступы непроизвольных движений. На протяжении нескольких лет он злоупотреблял внутривенными средствами и перенес ряд возвратных инфекций, включая подострый бактериальный эндокардит. Непроизвольные движения ограничивались правой стороной. Явления сопровождалась охрипlostью голоса и нарушением глотания. За 4 мес. он похудел на 18 кг. При обследовании: диффузное увеличение лимфоузлов и гипертонус справа. Ликвор нормальный, если не считать легкого повышения белка. При компьютерной томографии обнаружен большой участок пониженной плотности слева в мозгу. Га ЭЭГ диффузное замедление биэлектрической активности над левой половиной головы. В биоптате пораженного участка обнаружены олигодендроциты с аномально большими ядрами, содержащими темноокрашивающиеся субстанции. В пораженных участках выявлялась экстенсивная демиелинизация с гигантскими астрацитами. Через месяц возникла прогрессирующая атаксия, через 2 месяца появилось легкая деменция и судорожные приступы. На 3–й мес. слабоумиеросло, появилась нарушение функции тазовых органов. Вскоре наступил летальный исход.

Диагноз?

Задача- 13

У больной 20 лет поездки в электропоезде, где она сидела у открытого окна, появились боли в заушной области. Через 2 дня обнаружила, что левый глаз плохо закрывается рот перетянут в правую сторону, жидкая пища выливается и левого угла рта. Объективно : отмечается асимметрия лица, на левой половине лица лобные складки сглажены, левый глаз шире правого. Левая носогубная складка сглажена. Рот перетянут вправо. При нахмуривании левая бровь кверху не поднимается. Левый глаз не закрывается. При оскале рот перекашивается вправо. Надуть щеки и свистнуть не может.

Другой патологии не выявлено.

Указать уровень поражения лицевого нерва?

Какое лечение Вы назначите больному?

Задача-14

Больная 50 лет поступила в неврологическое отделение с жалобами на приступы болей в области правой половины лица. Болеет около 10 лет. Боли возникают внезапно и носят очень острый, режущий характер. Приступы болей длятся 10 –15 секунд. Боли возникают во время разговора, жевания, глотания, при прикосновении около крыла носа справа. Боль начинается в области верхней губы и распространяется на верхние зубы и скуловую кость справа. Во время приступа болей наблюдается спазм мимической мускулатуры правой половины лица, кожные покровы на стороне лица краснеют. Между приступами в неврологическом статусе отмечается болезненность при пальпации инфраорбитальной точки справа, гиперестезия в области верхней челюсти справа. Другой симптоматики не выявлено.

Какой диагноз Вы поставите больному?

Задача- 15

Больного 65 лет беспокоят ноющие боли в пояснице с иррадиацией по передней поверхности правого бедра. Болеет около 3–х месяцев, лечился в поликлинике, однако эффекта от лечения нет. В анамнезе аденома простаты. Объективно : поясничный лордоз сглажен, движения в поясничном отделе позвоночника ограничены из-за боли назад и в стороны. Симптомы Вассермана и Мацкевича справа. Гипестезия по внутренней поверхности правого бедра. Снижение правого коленного рефлекса. Перкуссия остистых отростков L2- L3 позвонков резко болезненна.

Укажите, какие синдромы есть у больного? Ваш предположительный диагноз?

Задача-16

Больной А, 50 лет, обратился к врачу с жалобами на слабость в руках, длительно незаживающие безболевые ожоги были 30 лет назад, через несколько лет возникла медленно прогрессирующая слабость в руках. При осмотре больного отмечены вялый парапарез верхних конечностей и сегментарно- диссацированное нарушение чувствительности на уровне С4 – Д8 с обеих сторон.

Какие структуры нервной системы повреждены? О
каком заболевании можно думать?

Задача-17

У молодой женщины во время беременности появились пошатывание при ходьбе, неточность при выполнении движений. Через месяц подобное состояние прошло. Роды протекали нормально. Когда ребенку было 9 месяцев, у матери остро возникает слабость в ногах, трудности при мочеиспускании. При поступлении в стационар объективно: атаксия в верхних конечностях, гипотония в них. Нижний спастический парапарез. Задержка мочеиспускания.

Какие структуры вовлечены в патологический процесс? Ваш
предположительный диагноз?

Задача-18

У больной в 18 лет в течение месяца было системное головокружение, пошатывание при ходьбе, которое самостоятельно регрессировало. Через два года постепенно стала нарастать слабость в ногах, появились императивные позывы на мочеиспускание. Вневрологических координаторных проб, интенционный тремор и гипотония в руках, горизонтальный нистагм.

Ваш предположительный диагноз?

Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения диагноза?

Какие структуры нервной системы поражены?

Задача – 19

Мальчик К. 7 лет. Поступает с жалобами на слабость в ногах, часто падает, не может ходить по лестнице. Болен с 3-х лет, когда впервые обратили внимание на двигательную неловкость, которая постепенно нарастала. Родители здоровы, брак родственный. В неврологическом статусе черепные нервы без особенностей. Объем активных движений в руках достаточный. Мышечная сила в проксимальных отделах ног снижена до 3-х баллов. Поднимается с пола при помощи рук (симптом лестницы). В ногах мышечная гипотония. Отмечаются псевдогипертрофии икроножных мышц. Сухожильные рефлексy с рук вызываются,

равномерные. Коленные рефлексы не вызываются, ахилловы рефлексы снижены. Патологических стопных рефлексов нет. Координаторные пробы выполняет правильно.

1. Укажите дополнительные методы обследования.
2. Поставьте диагноз.

Задача – 20

Девочка М., 12 месяцев. Жалобы на ограничение движений в левой руке – плохо берет игрушки, не удерживает их.

Из анамнеза: ребенок от 3 беременности родов. Беременность протекала с токсикозом первой половины, ОРВИ в 5 месяцев, повышение АД и отеки на ногах в сроке 32-36 недель. Роды на 39 неделе, со стимуляцией родовой деятельности. Вес при рождении 3700, закричала сразу, выписана на 4 день. Голову удерживает с 3 месяцев, переворачивается с 6 месяцев, сидит с 11 месяцев.

В неврологическом статусе: череп долихоцефалический, большой родничок 1,5 x 1,5 см. Сходящееся косоглазие OS=OD, легкая сглаженность левой носо-губной складки. Объем активных движений снижен в левых конечностях. Сухожильные рефлексы с рук и ног высокие, S>D. Положительный рефлекс Бабинского с обеих сторон, S>D. Не ползает, говорит 2 слова – «мама», «баба».

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Задача - 21

Девочка 3 года.

Жалобы на приступы в виде потери сознания, тонического напряжения конечностей, заведения глаз вверх, пена изо рта, мочеиспускание. Продолжительность приступа примерно 3 минуты. Больна в течение года. Подобный приступ третий раз в жизни, возникновение приступов связано с повышением температуры тела от 38,5 до 39 градусов. У старшего брата подобные приступы отмечались до 5-летнего возраста.

В неврологическом статусе: черепно-мозговые нервы без особенностей. очаговой неврологической симптоматики нет. Психомоторное развитие соответствует возрасту.

Какой диагноз вы предполагаете?

Задача- 22

"Скорой " в больницу доставлен мужчина в состоянии опьянения. Известно, что при переходе улицы он был сбит автомашиной и лежал в течение 10 минут – до приезда "скорой". Была рвота.

В приемном отделении больной возбужден, требует немедленной выписки из больницы, считает себя здоровым. При осмотре в области правого виска отмечена небольшая припухлость. Правый зрачок несколько шире левого. При оскале зубов носогубные складки асимметричны- слева чуть сглажена. Парезов нет. Сухожильные рефлексы слегка повышены слева. Имеется нечеткий симптом Бабинского слева.

Менингеальных симптомов нет. АД 110/70 мм.рт. ст., пульс- 56 в мин.

Локализация процесса? Предполагаемый диагноз ?

Какова тактика врача в данном случае? Какой характерный симптом здесь описан?

Задача- 23

У больной 20 лет после поездки в электропоезде, где она сидела у открытого окна, появились боли в заушной области. Через 2 дня обнаружила, что левый глаз плохо закрывается, рот перетянут в правую сторону, жидкая пища выливается из левого угла рта.

Объективно : отмечается асимметрия лица, на левой половине лица лобные складки сглажены, левый глаз шире правого. Левая носогубная складка сглажена. Рот перетянут вправо. При нахмуривании левая бровь кверху не поднимается. Левый глаз не закрывается. При оскале рот перекашивается вправо. Надуть щеки и свистнуть не может.

Другой патологии не выявлено.

Какой клинический диагноз вы поставите больному?

Какое лечение Вы назначите больному?

Задача- 24

Женщина 28 лет после беременности и срочных родов стала жаловаться на боли в правом подреберье и в позвоночнике. Боли не зависели от характера пищи, были постоянными, усиливались в ночное время. Лечилась у терапевта с диагнозом холецистит, панкреатит. Постепенно боли усиливались, приняли отчетливо опоясывающий характер, из-за болей не могла спать, вертикальное положение несколько уменьшало болевые ощущения. В дальнейшем к этим явлениям присоединилось чувство онемения в левой стопе, а через некоторое время чувство тяжести и утомляемости в правой ноге. В течение года слабость в ноге увеличилась, чувство онемения постепенно распространилось на голень, бедро и нижнюю часть живота. При обследовании в неврологическом стационаре установлено следующее: функция черепно-мозговых нервов не нарушена. Со стороны верхних конечностей отклонения от нормы нет. В ногах – резкое ограничение объема активных движений, в правой ноге с грубым снижением мышечной силы, в левой ноге снижение силы выявляется только при пробе Барре. Коленные и ахилловы рефлексы высокие справа, слева они также повышены. Тонус мышц повышен по пирамидному типу. Имеется выраженный с. Бабинского, Оппенгейма, Россолимо, Бехтерева справа, с. Бабинского не резко выраженный слева. Защитные рефлексы вызываются до уровня

пупка. Имеется резко выраженное нарушение мышечно-суставного чувства в правой ноге. Болевая и температурная чувствительность снижена слева по проводниковому типу до уровня пупка. При резком кашле боли отдают в область правого подреберья.

Каков диагноз заболевания? Какая стадия? Как называется описанный здесь синдром?

Какие дополнительные методы исследования необходимо сделать? Методы лечения?

Прогноз?

Задача- 25

У мужчины 50 лет появились сильные боли в ногах то справа, то слева, главным образом по ночам. Боли носят ноющий характер. Через некоторое время он стал отмечать неустойчивость при ходьбе, усиливающуюся при плохом освещении. Один раз больной упал во время умывания.

В неврологическом статусе: узкие зрачки, вяло реагирующие на свет. Реакция на конвергенцию сохранена. Снижен слух на левое ухо. Объем движений и мышечная сила в руках и ногах достаточные. Резко снижен мышечный тонус в нижних конечностях. Сухожильные рефлексy на руках вызываются, коленные и ахилловы – отсутствуют. Поверхностная чувствительность сохранена, за исключением полосы гипестезии Д3 - Д5 слева. Больной путает направление движения пальцев на обеих ногах, не может назвать пальцы. Резко нарушена вибрационная чувствительность. В позе Ромберга с закрытыми глазами резко пошатывается. Имеется некоторое затруднение мочеиспускания.

На глазном дне – диск зрительного нерва сероватого цвета, артерии узкие, вены нормального калибра.

Каков клинический диагноз? Стадия заболевания?

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

Методы лечения?

Задача- 26

Больная обратилась к врачу с жалобами на головную боль, усиливающуюся в утренние часы, иногда с тошнотой и рвотой, на затуманивание зрения, особенно при наклоне вниз или при физическом напряжении, пошатывание влево при ходьбе, неловкость в левой руке.

Из анамнеза удалось установить, что около 10 лет имеется прогрессирующее снижение слуха на левое ухо, которое врачами объяснялось как осложнение гриппа. Головные боли появились около года назад, вначале были не постоянными и несильными, а в последние месяцы они резко усилились, присоединились выше описанные жалобы.

В неврологическом статусе выявлено резкое снижение левого корнеального рефлекса, легкая слабость мускулатуры левой половины лица, отсутствие слуха на левое ухо. Имеется отчетливое промахивание при пальценосовой и коленапяточной пробах слева, в позе Ромберга отклоняется влево. Мышечный тонус в левой руке и ноге снижен. Сухожильные рефлексy оживлены, больше справа. Брюшные рефлексy справа резко снижены.

На глазном дне обнаружен застойный сосок зрительного нерва с кровоизлияниями. В ликворе белок 1,32; цитоз 5/3.

Какова локализация поражения? Клинический диагноз? Методы лечения?

Задача- 27

В поликлинику обратился мужчина 50 лет с жалобами на боли и онемение пальцев рук и ног, нарушение походки, снижение памяти. Эти явления беспокоят больного уже в течение нескольких месяцев, но за последнее время они стали особенно резко выраженными. При осмотре: больной пониженного питания, лицо одутловато с цианотичным оттенком. Одет небрежно. Неопрятен. Артериальное давление 120/60 мм. Тоны сердца резко приглушены. Пальпируется плотный край печени. Язык обложен желтовато-бурым налетом. Склеры инъецированы.

Со стороны черепно-мозговых нервов патологии нет, за исключением резко выраженных рефлексов орального автоматизма.

Объем движений во всех конечностях полный, мышечная сила снижена в кистях и, особенно, в стопах. При ходьбе намечается «степшаж». Сухожильные рефлексы на руках и ногах отсутствуют. Отмечаются мышечные гипотрофии в области голеней, стоп, кистей. Грубо расстроена глубокая чувствительность, особенно в ногах, менее резко – в руках. Поверхностная чувствительность снижена на руках с уровня лучезапястных суставов, на ногах – с уровня коленных. На стопах укол воспринимается как прикосновение горячего предмета. Положительны с. Кернига и Ласега с 2 сторон. Имеется болезненность при давлении в точках Валле. При пальценосовой и коленопяточной пробах имеется грубое промахивание при закрытых глазах. В позе Ромберга пошатывается, особенно с закрытыми глазами.

Диагноз заболевания? Его этиология? Какие дополнительные методы исследования следует сделать в этом случае?

Методы лечения? Прогноз?

Задача- 28

В приемное отделение больницы доставлен больной с диагнозом «острый живот». Больной жалуется на разлитые боли в животе, тошноту. Из анамнеза выяснено, что подобные приступы у него возникают довольно часто, но раньше он к врачу не обращался.

При осмотре было обращено внимание, больной бледен, кожные покровы с сероватым оттенком. На деснах серая кайма. Лейкоцитоз в крови 6000, гемоглобин – 48%. Живот втянут, диффузно болезнен при пальпации.

Был вызван невропатолог, который установил следующее: черепно-мозговая иннервация без особой патологии. Имеется отчетливое похудание кистей и стоп, гипотрофия мышц голеней. Мышечная сила резко снижена в разгибателях кистей и пальцев, а также в разгибателях стоп.

Сухожильные рефлексы отсутствуют. Имеется расстройство всех видов чувствительности на кистях и стопах. Болезненности по ходу нервных стволов нет. Диагноз заболевания? Что необходимо уточнить в анамнезе? Какие дополнительные методы исследования следует сделать? Что за приступ наблюдался у больного? Современные методы лечения.

Задача- 29

Больная 30 лет обратилась в поликлинику с жалобами на общую слабость, вялость, затруднение при ходьбе в виде скованности, общую замедленность движений.

Из анамнеза удалось установить, что около года тому назад она перенесла грипп без катаральных явлений, но с очень сильной головной болью, болями в глазных яблоках, светобоязнью. Отмечалось небольшое двоение в глазах при взгляде вверх. В тот период была выраженная бессонница – могла спать не более 1 – 2 часов в сутки. Через 1 – 1,5 месяца все явления прошли и чувствовала себя удовлетворительно. Сон нормализовался и даже, наоборот, отмечалась некоторая сонливость.

При обследовании: легкий птоз с 2 сторон, больше справа. Реакция зрачков на свет вызывается. Конвергенция и реакция на конвергенцию резко ослаблены. Объем движений, мышечная сила достаточные. Сухожильные рефлексы живые, симметричные, патологических рефлексов нет. Мышечный тонус несколько повышен равномерно в сгибателях и разгибателях, при повторных движениях он явно нарастает. Довольно четкая гипомимия. При ходьбе почти отсутствуют физиологические синкенезии.

Диагноз заболевания? Стадия процесса? Где преимущественно локализуются патологические изменения? Методы лечения в настоящее время? Что можно порекомендовать больной в дальнейшем?

Задача- 30

На прием к врачу пришла мать с 9-летним мальчиком. Мать рассказывает, что у мальчика наблюдаются состояния, когда он вдруг как бы застывает, взгляд устремляется в одну точку, на обращенную к нему речь не реагирует. Такие явления бывают часто, по 10-15 раз в день.

При объективном исследовании никаких изменений в статусе ребенка не выявлено.

Каков диагноз? Какие дополнительные методы исследования должны быть проведены? Какие назначения необходимо сделать?

СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ – содержит реквизиты университета, название кафедры, ФИО ординатора с указанием группы и курса, ФИО, должность, звание и степень преподавателя.

Пример оформления:

КРСУ

Зав.кафедрой: звание, степень, ФИО

Преподаватель: звание, степень, ФИО

История болезни

ФИО больного

Клинический диагноз

Куратор: ФИО ординатора, курс, группа ПАСПОРТНАЯ

ЧАСТЬ:

Фамилия, имя, отчество.

Домашний адрес.

Дата заболевания.

Дата поступления.

Место работы.

1. Жалобы больного (на первом месте основные, затем общего характера)

2. Анамнез заболевания (с чего началось заболевание, как развивалось, какое лечение получал, каков эффект проводимого лечения).

Анамнез жизни Особенности развития по возрастным этапам. С какого возраста начал ходить, говорить, посещать школу. Условия жизни и воспитания в семье.

Успеваемость в школе. Образование. Заболевания, перенесенные в детстве особо отметить: припадки, заикание, снохождение, ночное недержание мочи и во взрослом состоянии.

Интоксикация: алкоголь, табак, пищевые и др. Физические травмы, перенесенные операции.

Травмы черепа и позвоночника, расстройства в остром периоде и последствия. Психические перенапряжения, конфликтные ситуации и реакция на них. Трудовая деятельность: профессия, квалификация и стаж работы, условия труда. Профессиональные вредности.

Работоспособность до болезни и в связи с настоящим заболеванием. Половая жизнь, с какого возраста. У женщин - начало менструаций, беременности, роды, аборт, выкидыши. Семейное положение, состав семьи. Родство между родителями. Заболевания у ближайших родственников (составить родословную таблицу). Жилищные условия и материальная обеспеченность.)

3. Status praesens objectivus (данные объективного осмотра): Соматический статус (по стандартной схеме) Неврологический статус:

Состояние сознания, наличие общемозговой симптоматики.

Менингеальные симптомы.

Стигмы дисэмбриогенеза.

Форма черепа

Черепные нервы (с 1 по 12 пары)

Двигательная сфера – объем активных движений, если ходит указать тип походки,

мышечный тонус, мышечная сила, наличие атрофий, их симметричность.

Сухожильные рефлексy

Патологические рефлексy

Координаторная сфера

Чувствительность.

Вегетативные нарушения (функция тазовых органов, дермографизм, трофические расстройства)

Высшая нервная деятельность.

4. Предварительный диагноз: выставляется на основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, выделения ведущих неврологических синдромов, установления топического диагноза, после чего указывается нозологическая форма.
5. План обследования больного (логически вытекает из предварительного диагноза, который нужно либо подтвердить, либо опровергнуть).
6. Результаты проведенного обследования (выписываются из истории болезни пациента).
7. Дифференциальный диагноз проводится с 2-3 сходными по клинике заболеваниями.
8. Назначаемое лечение (выписка рецептов с указанием рассчитанной дозы, способа и кратности введения препарата).
9. Клинический диагноз и его обоснование (использовать только необходимые данные, позволяющие поставить диагноз). Основной и сопутствующий диагнозы обосновываются отдельно.
10. Дневники (должны отражать динамику процесса, всего 2-3).
11. Выписной или этапный эпикриз (если больной продолжает находиться в стационаре) – указывается время пребывания в стационаре, клинический диагноз, жалобы, данные объективного осмотра, проведенное обследование, лечение, эффект от проведенного лечения. Рекомендации.

ТЕМЫ ДОКЛАДОВ с ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ
(для ординаторов 1-2 года обучения)

1. Система заднего продольного пучка, функция.
2. Виды атаксий, топическое значение.
3. Варианты гемианопсий, топическое значение.
4. Альтернирующие синдромы, понятие, топическое значение, привести примеры.
5. Нейропластичность в практической медицине.
6. Современные подходы лечения ишемического инсульта.
7. Комплексное лечение геморрагического инсульта.
8. Современные подходы к лечению ишемического инсульта.
9. Современные подходы к лечению геморрагического инсульта.
10. Принципы назначения глюкокортикоидов в неврологической практике.
11. Практика назначения иммуноглобулинов в неврологии.
12. Тактика назначения антиконвульсантов.
13. Практика назначения антихолинэстеразных препаратов.
14. Современные возможности нейровизуализации.
15. Эндоваскулярные методы лечения в нейрохирургической практике.
16. ЭЭГ-видеомониторинг, диагностическое значение.
17. Понятие о популяционной генетике в КР.
18. Тактика гипотензивной терапии при цереброваскулярной патологии
19. Реабилитация у больных с инсультом.
20. Первичная и вторичная профилактика при цереброваскулярной патологии
21. Современные методы лечения гидроцефалий.
22. Современные подходы нейрофармакологии эпилепсии.
23. Нейрохирургическое лечение эпилепсии.
24. Принципы реабилитации больных с ДЦП.
25. Инвазивные и неинвазивные методы пренатальной диагностики
26. ДНК-диагностика наследственных заболеваний.
27. Методы генной инженерии на службе диагностики и лечения нервных заболеваний.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильность постановки диагноза	0-30
2	Правильность выбора алгоритма действий	0-25
3	Правильность выбора дополнительных методов диагностики	0-20
4	Правильность назначения тактики лечения	0-25
	Всего баллов	Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО (клинический разбор больного)

Наименование показателя	Отметка (в %)
Общие сведения о больном	0-5
Сбор жалоб	0-5
Сбор анамнеза заболевания	0-10
Сбор анамнеза жизни	0-5
Описание соматического статуса больного	0-5
Описание неврологического статуса	0-10
Постановка топического и предварительного диагноза	0-10
Назначение план обследования больного и интерпретация данных лабораторных и инструментальных методов обследования	0-10
Проведение дифференциального диагноза	0-10
Определение тактики лечения	0-10
Постановка клинического диагноза	0-10
Ведение и наблюдение за больным на период госпитализации	0-5
Оформление этапного, выписного эпикризов.	0-5
Всего	сумма баллов: 100%

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Наименование показателя	Отметка (в %)
Заполнение паспортной части	0-5
Жалобы (описание)	0-5
Анамнез заболевания (описание)	0-10
Анамнез жизни (описание)	0-5
Описание соматического статуса больного	0-5
Описание неврологического статуса	0-10
Постановка предварительного диагноза	0-10
Назначение план обследования больного и интерпретация данных лабораторных и инструментальных методов обследования	0-10
Проведение дифференциального диагноза	0-10
Определение тактики лечения	0-10
Постановка клинического диагноза	0-10

Ведение дневников наблюдения	0-5
Оформление этапного, выписного эпикризов.	0-5
Всего	сумма баллов: 100%

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА

1. В одном тестовом задании 100 вопросов.

2. К заданиям даются готовые ответы на выбор. 3.

За каждый правильный ответ – 1 балл «Отлично»

- 85-100 % правильных ответов

«Хорошо» - 70-84 % правильных ответов «Удовлетворительно» -

60-69% правильных ответов

«Неудовлетворительно» - менее 60% правильных ответ

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Убедительность ответа	0-20
2	Понимание проблематики и адекватность трактовки	0-20
3	Обоснованное привлечение медицинской терминологии (уместность и достоверность сведений)	0-20
4	Ключевые слова (анатомия, физиология): их важность для заявленной темы, грамотное употребление, количество.	0-20
5	Логичность и последовательность устного высказывания	0-20
	Всего баллов	сумма баллов: 100%

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
ФОРМА		
1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-5
2	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также внутри частей	0-5
СОДЕРЖАНИЕ		
1	Соответствие теме	0-10
2	Наличие основной темы (тезиса) в вводной части и обращенность вводной части к читателю	0-10
3	Развитие темы (тезиса) в основной части (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкреплённых фактами, примерами и т.д.)	0-15
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-15
ПРЕЗЕНТАЦИЯ		
1	Титульный лист с заголовком	0-2
2	Дизайн слайдов и использование дополнительных эффектов (смена слайдов, звук, графики)	0-5

3	Текст презентации написан коротко, хорошо и сформированные идеи ясно изложены и структурированы	0-10
4	Слайды представлены в логической последовательности	0-5
5	Слайды распечатаны в формате заметок	0-3
ДОКЛАД		
1	Правильность и точность речи во время защиты	0-5
2	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-5
3	Выполнение регламента	0-5
	Всего баллов	100

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ

Билет

1. Вопрос

0-100

Вопрос

0-100

3 Вопрос 0-100

Среднее арифм. (сумма баллов/3)

Оценивается каждый вопрос билета:

«85-100%»

глубокое и прочное усвоение материала темы или раздела; полные,

последовательные, грамотные и логически излагаемые ответы;

демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы и дополнительно рекомендованной литературы; воспроизведение учебного материала с требуемой степенью точности. «75-84%»

наличие несущественных ошибок, уверенно исправляемых обучающимся после дополнительных и наводящих вопросов; демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы; четкое изложение учебного материала. «60-74%»

наличие несущественных ошибок в ответе, не исправляемых обучающимся; демонстрация обучающимся не достаточно полных знаний по пройденной программе; не структурированное, не стройное изложение учебного материала при ответе.

« менее 60%» незнание материала темы или раздела; при ответе возникают серьезные ошибки.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ОБЩИХ ЗНАНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

(итоговый контроль по дисциплине)

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УСТНОГО ОПРОСА (промежуточный контроль – «ЗНАТЬ»)

При оценке устных ответов на проверку уровня обученности ЗНАТЬ учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Владение терминологией и использование ее при ответе.
3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
4. Логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы.

Отметкой **(16-20 баллов)** оценивается ответ, который изложен логически правильно в доступной форме соответственно терминологии, применяемой в неврологии, а также в целом в медицине. Ординатор показывает отличные знания этиологии и патогенезе неврологических заболеваний; способен выделить неврологические симптомы и синдромы, поставить топический и клинический диагноз; знает особенности течения, включая дополнительные методы исследования, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза неврологических заболеваний.

Ординатор продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

Отметкой **(10-15 баллов)** оценивается ответ, который показывает хорошие знания в вопросах общей и частной неврологии, особенностей постановки топического и клинического диагнозов, этиологии, патогенеза и течения неврологических заболеваний, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза. Дает не полный ответ или не ориентируется по 1 – 2 вышеперечисленным элементам.

Ординатор демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.

Отметкой **(5-10 баллов)** оценивается ответ, который показывает удовлетворительные знания в вопросах общей и частной неврологии, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза неврологических заболеваний, этиологии и патогенезе неврологических заболеваний; слабо разбирается в вопросах постановки топического и клинического диагнозов. Дает не полный ответ или не ориентируется по 3 вышеперечисленным элементам.

Допускается несколько ошибок в содержании ответа.

Отметкой **(1-4 баллов)** оценивается ответ, который показывает крайне слабые знания в вопросах общей и частной неврологии. Ординатор не ориентируется в вопросах этиологии, патогенеза, особенностях клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза различных неврологических заболеваний, допускает серьезные ошибки в содержании ответа. Не демонстрирует понимание проблемы. Не выполняет требований задания. *Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.*

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ

(промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

При оценке ответов на проверку уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ учитываются следующие критерии:

Отметкой **(8-10 баллов)** оценивается ответ, при котором ординатор:

Профессионально владеет постановкой проблемы и самостоятельно оценивает альтернативные решения;

Отлично выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции; Хорошо проводит дифференциальную диагностику заболеваний; Организует необходимую и адекватную неврологическую помощь; Профессионально оказывает неотложную неврологическую помощь.

Профессионально оценивает состояние больного и привлекает специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи

Владеет методикой неврологического обследования больного. Интерпретирует результаты лабораторных и инструментальных методов исследования.

Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.

Отметкой **(4 -7 баллов)** оценивается ответ, при котором ординатор:

Владеет постановкой проблемы и предполагает альтернативные решения.

Не достаточно хорошо выполняет методику неврологического осмотра

Не достаточно проводит дифференциальную диагностику заболеваний; Не

достаточно определяет тактику ведения неврологических больных;

Достаточно хорошо оценивает состояние больного, умеет привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи. Интерпретирует результаты лабораторных и инструментальных методов исследования.

Демонстрирует полное понимание проблемы.

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Отметкой **(1-3 балла)** оценивается ответ, при котором ординатор:

Не владеет постановкой проблемы и не оценивает ее альтернативные решения

Не достаточно хорошо выполняет методику неврологического осмотра Не проводит дифференциальную диагностику заболеваний;

Не может определить тактику лечения неврологических больных.

Не достаточно интерпретирует результаты лабораторных и инструментальных методов исследования.

Демонстрирует частичное понимание проблемы.

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

Отметкой **(0 баллов)** оценивается ответ, при котором ординатор демонстрирует непонимание проблемы, нет ответа, не пытается решить поставленную задачу

Технологическая карта дисциплины

Специальность «Неврология»

Курс 1, семестр 1, количество ЗЕ – 7, отчетность – зачет с оценкой

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя семестра)
7 семестр					
Раздел 1					
Топическая диагностика. Чувствительные нарушения.	Текущий контроль	Устный опрос, практические навыки неврологического обследования, клинический разбор больного посещаемость.	2	4	2
	Рубежный контроль	Устный опрос, ситуационная задача.	4	6	
Раздел 2					
Топическая диагностика. Двигательные нарушения.	Текущий контроль	Устный опрос, практические навыки неврологического обследования, клинический разбор больного посещаемость.	2	4	7
	Рубежный контроль	Устный опрос, ситуационная задача.	4	6	
Раздел 3					
3.Топическая диагностика. Экстрапирамидные нарушения	Текущий контроль	Устный опрос, практические навыки неврологического обследования, клинический разбор больного посещаемость.	2	4	10
	Рубежный контроль	Устный опрос, ситуационная задача.	4	6	
Раздел 4					
Топическая диагностика. Поражение черепно-мозговых нервов, ствола и спинного мозга.	Текущий контроль	Устный опрос, практические навыки неврологического обследования, клинический разбор больного посещаемость.	2	4	15
	Рубежный контроль	Устный опрос, ситуационная задача.	4	6	
Раздел 5					
Топическая диагностика. Поражение периферической нервной системы.	Текущий контроль	Устный опрос, практические навыки неврологического обследования, клинический разбор больного посещаемость.	2	4	17
	Рубежный контроль	Устный опрос, ситуационная задача.	4	6	
Раздел 6					
Топическая диагностика. Вегетативные	Текущий контроль	Устный опрос, практические навыки неврологического обследования,	2	4	19

нарушения.		клинический разбор больного посещаемость.			
	Рубежный контроль	Устный опрос, ситуационная задача.	3	6	
Раздел 7					
Общая неврология. Методы изучения деятельности нервной системы	Текущий контроль	Устный опрос, практические навыки неврологического обследования, клинический разбор больного посещаемость.	2	4	21
	Рубежный контроль	Устный опрос, ситуационная задача.	3	6	
Всего за семестр			40	70	22
Промежуточный контроль (зачет с оценкой)	Тест; Теоретическое задание; Ситуационная задача; Подведение итогов по историям болезни		20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине:			60	100	

Примечание: За каждое пропущенное лекционное и практическое занятие снимается 1 балл.

**Технологическая карта дисциплины
Специальность «Неврология»
Курс 1, семестр 2, ЗЕ – 7, Отчетность – зачет с оценкой**

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя семестра)
7 семестр					
Раздел 8					
Частная неврология. Сосудистые заболевания нервной системы.	Текущий контроль	Устный опрос, практические навыки неврологического обследования, клинический разбор больного посещаемость.	2	4	27
	Рубежный контроль	Устный опрос, ситуационная задача.	4	6	
Раздел 9					
Частная неврология. Инфекции нервной системы.	Текущий контроль	Устный опрос, практические навыки неврологического обследования, клинический разбор больного посещаемость.	2	4	30
	Рубежный контроль	Устный опрос, ситуационная задача.	4	6	
Раздел 10					
Частная неврология. Демиелинизирующие заболевания нервной системы.	Текущий контроль	Устный опрос, практические навыки неврологического обследования, клинический разбор больного посещаемость.	2	4	33
	Рубежный контроль	Устный опрос, ситуационная задача.	4	6	
Раздел 11					
Частная неврология. Опухоли центральной нервной системы.	Текущий контроль	Устный опрос, практические навыки неврологического обследования, клинический разбор больного посещаемость.	2	4	34
	Рубежный контроль	Устный опрос, ситуационная задача.	4	6	
Раздел 12					
Частная неврология. Травматическое поражение нервной системы	Текущий контроль	Устный опрос, практические навыки неврологического обследования, клинический разбор больного посещаемость.	2	4	35
	Рубежный контроль	Устный опрос, ситуационная задача.	4	6	

Раздел 13					
Частная неврология. Нервно-мышечные заболевания.	Текущий контроль	Устный опрос, практические навыки неврологического обследования, клинический разбор больного посещаемость.	2	4	37
	Рубежный контроль	Устный опрос, ситуационная задача.	3	6	
Раздел 14					
Частная неврология. Заболевания периферической нервной системы. Боковой амиотрофический склероз	Текущий контроль	Устный опрос, практические навыки неврологического обследования, клинический разбор больного посещаемость.	2	4	39
	Рубежный контроль	Устный опрос, ситуационная задача.	3	6	
Всего за семестр			40	70	41
Промежуточный контроль (Зачет с оценкой)	Тест;		20	30	
	Теоретическое задание; Ситуационная задача; Подведение итогов по историям болезни				
Семестровый рейтинг по дисциплине:			60	100	

Примечание: За каждое пропущенное лекционное и практическое занятие снимается 1 балл.

Технологическая карта дисциплины
Специальность «Неврология»
Курс 2, семестр 3, количество ЗЕ – 7, отчетность – зачет с оц.

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя семестра)
7 семестр					
Раздел 15					
Частная неврология. Дегенеративные заболевания	Текущий контроль	Устный опрос, практические навыки неврологического обследования, клинический разбор больного посещаемость.	2	4	3
	Рубежный контроль	Устный опрос, ситуационная задача.	4	6	
Раздел 16					
Частная неврология. Головные и лицевые боли	Текущий контроль	Устный опрос, практические навыки неврологического обследования, клинический разбор больного посещаемость.	2	4	5
	Рубежный контроль	Устный опрос, ситуационная задача.	4	6	
Раздел 17					
Частная неврология. Эпилепсия	Текущий контроль	Устный опрос, практические навыки неврологического обследования, клинический разбор больного посещаемость.	2	4	8
	Рубежный контроль	Устный опрос, ситуационная задача.	4	6	
Раздел 18					
Частная неврология. Наследственные и врожденные заболевания ЦНС.	Текущий контроль	Устный опрос, практические навыки неврологического обследования, клинический разбор больного посещаемость.	2	4	11
	Рубежный контроль	Устный опрос, ситуационная задача.	4	6	
Раздел 19					
Частная неврология. Соматоневрологические синдромы. Нарушения сна.	Текущий контроль	Устный опрос, практические навыки неврологического обследования, клинический	2	4	15

		разбор посещаемость. больного			
	Рубежный контроль	Устный опрос, ситуационная задача.	3	6	
Раздел 20					
Частная неврология. Деменции и интоксикации.	Текущий контроль	Устный опрос, практические навыки неврологического обследования, клинический разбор больного посещаемость.	2	4	19
	Рубежный контроль	Устный опрос, ситуационная задача.	3	6	
Раздел 21					
Частная неврология. Возрастные аспекты неврологических заболеваний	Текущий контроль	Устный опрос, практические навыки неврологического обследования, клинический разбор больного посещаемость.	2	4	21
	Рубежный контроль	Устный опрос, ситуационная задача.	4	6	
Всего за семестр			40	70	22
Промежуточный контроль (зачет с оценкой)	Тест; Теоретическое задание; Ситуационная задача; Подведение итогов по историям болезни		20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине:			60	100	

Примечание: За каждое пропущенное лекционное и практическое занятие снимается 1 балл.

**Технологическая карта дисциплины
Специальность «Неврология -2»
Курс 2, семестр 4, ЗЕ – 4, Отчетность – зачет с оценкой**

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя семестра)
8 семестр					
Раздел 1					
Частные неврологические синдромы. Синдромы поражения экстрапирамидной, пирамидной и периферической	Текущий контроль	Устный опрос, практические навыки неврологического обследования, клинический разбор больного посещаемость.	5	8	29
	Рубежный контроль	Устный опрос, ситуационная задача.	5	10	

нервной системы.					
Раздел 2					
Частные неврологические синдромы. Синдром вегетативной дистонии.	Текущий контроль	Устный опрос, практические навыки неврологического обследования, клинический разбор больного посещаемость.	5	8	32
	Рубежный контроль	Устный опрос, ситуационная задача.	5	10	
Раздел 3					
Болевые синдромы спины и конечностей. Менингеальный синдром Приступообразная головная боль	Текущий контроль	Устный опрос, практические навыки неврологического обследования, клинический разбор больного посещаемость.	5	8	34
	Рубежный контроль	Устный опрос, ситуационная задача.	5	10	
Раздел 4					
Частные неврологические синдромы. Судорожные синдромы.	Текущий контроль	Устный опрос, практические навыки неврологического обследования, клинический разбор больного посещаемость.	5	8	38
	Рубежный контроль	Устный опрос, ситуационная задача.	5	8	
Всего за семестр			40	70	38
Промежуточный контроль (Зачет с оценкой)	Тест; Теоретическое задание; Ситуационная задача; Подведение итогов по историям болезни		20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине:			60	100	

Примечание: За каждое пропущенное лекционное и практическое занятие снимается 1 балл.