

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

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по образовательной деятельности

А. Бу...
Номер внутриуниверситетского регистра



*Врио
Мусабеева
2025г.*

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Программа ординатуры

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.08.42 (РФ); 073 (КР)

Неврология

РАССМОТРЕНА И ОДОБРЕНА

На заседании кафедры неврологии,
нейрохирургии и медицинской генетики

Зав. Кафедрой к.м.н., доцент Мусабеева Т.О

Бишкек 2025

Программа составлена 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.

Государственная итоговая аттестация включает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена.

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

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|----|
| 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ | 3 |
| 1.1. Цель государственной итоговой аттестации | 4 |
| 1.2. Порядок проведения государственной итоговой аттестации | 4 |
| 1.3. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации | 5 |
| 2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ | 8 |
| 2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию | 8 |
| 2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию | 10 |
| 2.3. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию | 13 |
| 3. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА | 16 |

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация выпускника высшего учебного заведения является обязательной и осуществляется после освоения образовательной программы в полном объеме.

Результаты освоения ООП определяются приобретаемыми выпускником компетенциями, т.е. его способностью применять знания, умения и личные качества в соответствии с задачами профессиональной деятельности.

Государственная итоговая аттестация проверяет сформированность следующих универсальных и профессиональных компетенций:

Универсальные

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

УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им;

УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению;

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

УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.

Общепрофессиональные

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

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

ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность;

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов;

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

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

ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу;

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

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

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

Профессиональные

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;

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

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

деятельность;

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;

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;

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

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;

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.

При разработке программы ординатуры все универсальные и профессиональные компетенции включаются в набор требуемых результатов освоения программы ординатуры.

1.1. **Цель государственного экзамена**

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.42 Неврология (уровень подготовки кадров высшей квалификации) требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.42 Неврология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. N 1101

1.2. **Порядок проведения государственного экзамена**

Сроки проведения государственного экзамена в соответствии с графиком учебного процесса - июнь текущего учебного года, как правило, 42-43 недели учебного года.

К экзамену допускаются лица, завершившие полный курс обучения и успешно прошедшие все предшествующие аттестационные испытания, предусмотренные учебным планом.

Прием государственного экзамена по специальности осуществляет государственная экзаменационная комиссия. Персональный состав государственной экзаменационной комиссии утверждается ректором.

Программа государственного экзамена доводится до сведения ординаторов не позднее, чем за месяц до предполагаемой даты экзамена.

Во время государственной итоговой аттестации обучающимся запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Государственная итоговая аттестация проводится в три этапа:

1. Тестирование
2. Оценка практических умений и навыков
3. Собеседование

Тестирование проводится в форме бланочного тестирования. Предлагается 1 вариант тестов из 100 вопросов по основным разделам изученных дисциплин. Время на подготовку

ответов составляет не менее двух часов.

Сформированность практических умений и навыков проверяется в форме клинического разбора больного в отделениях неврологии Национального Госпиталя при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики.

Клинический разбор больного проводится по плану обследования неврологического больного по следующей схеме:

1. Сбор жалоб и анамнестических данных.
2. Исследование соматического статуса.
3. Исследование неврологического статуса
4. Обоснование топического неврологического диагноза и предварительного диагноза.
5. Назначение необходимого дополнительного обследования.
6. Проведение дифференциального диагноза.
7. Обоснование клинического диагноза.
8. Назначение лечения, включая реабилитационные мероприятия.
9. Прогноз и рекомендации, экспертиза .

Собеседование проводится в устной форме по билетам, включающим три теоретических вопроса и практическое задание в виде ситуационной задачи. Время на подготовку ответа по билету составляет не менее 40 мин. При подготовке ответов на вопросы билета, ординатор может использовать Программу государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.42 Неврология.

Во время подготовки ответов обучающиеся делают необходимые записи на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги со штампом медицинского факультета.

Для ответа на вопросы билета каждому ординатору предоставляется время для выступления продолжительностью не более 20 мин. После выступления члены государственной экзаменационной комиссии могут задать обучающемуся дополнительные вопросы в рамках тематики вопросов в билете. Если обучающийся затрудняется при ответе на дополнительные вопросы, члены комиссии могут задать вопросы в рамках содержания программы государственного экзамена. По решению председателя государственной экзаменационной комиссии обучающегося могут попросить ответить на другие вопросы, входящие в программу государственного экзамена.

1.3. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся по результатам освоения ООП ординатуры по специальности 31.08.42 Неврология проводится в три этапа и оценивает теоретическую и практическую подготовку врача - невролога в соответствии с формируемыми компетенциями:

1 Этап - Тестирование.

Оцениваются ответы на 100 тестовых вопросов.

За каждый правильно ответ - 1 балл

Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.

Результаты считаются положительными при правильном решении более 70 вопросов.

2 Этап - Оценка практических умений и навыков.

Практические навыки оцениваются по умению ординатора собрать жалобы, анамнез, провести комплексное обследование больного с исследованием неврологического статуса. Ординатор выставляет топический неврологический и предварительный диагноз, составляет план лабораторного обследования, назначает лечение. Кроме этого, ординатору предлагается

оценить данные лабораторного и инструментального обследования (общий и биохимический анализ крови, исследование ликвора, результаты рентгенологических, электрофизиологических, ультразвуковых и нейровизуализационных методов исследования).

Результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено" или "не зачтено". Зачет практических навыков оценивается при их выполнении на отлично, хорошо и удовлетворительно.

Критерии оценки:

| Оценка | Требования к знаниям |
|---------------------|--|
| Отлично | «Отлично» выставляется обучающемуся, показавшему полные и глубокие знания образовательной программы, способность к их систематизации и клиническому мышлению, а также способность применять приобретенные знания в стандартной и нестандартной ситуации: обучающийся исчерпывающе, логически и аргументировано излагает материал вопроса, свободно отвечает на поставленные дополнительные вопросы, делает обоснованные выводы |
| Хорошо | «Хорошо» выставляется обучающемуся, показавшему хорошие/серьезные знания программы дисциплины, способному применять приобретенные знания в стандартной ситуации, но не достигшему способности к их систематизации и клиническому мышлению, а также к |
| | применению их в нестандартной ситуации. Обучающийся демонстрирует знание базовых положений в профессиональной области; проявляет логичность и доказательность изложения материала, но допускает отдельные неточности при использовании ключевых понятий; в ответах на дополнительные вопросы имеются незначительные ошибки |
| Удовлетворительно | «Удовлетворительно» выставляется обучающемуся, показавшему слабые знания, но владеющему основными разделами программы дисциплины, необходимым минимумом знаний и способному применять их по образцу в стандартной ситуации |
| Неудовлетворительно | «Неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, показавшему поверхностные знания, что не позволяет ему применять приобретенные знания даже по образцу в стандартной ситуации |

3 Этап - Собеседование.

Проводится по теоретическим вопросам и ситуационным задачам. Оцениваются знания

по основным разделам неврологии, уделяется внимание основным неотложным состояниям (купирование гипертонического криза, судорожного синдрома, миастенического и холинергического криза, гипертермического синдрома, неотложная помощь при анафилактическом шоке, комах различной этиологии и т.д.)

При оценке устных ответов учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
- 4.

ладение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

При решении ситуационных задач учитываются следующие критерии:

1. Правильность постановки диагноза
2. Правильность выбора алгоритма действий
3. Правильность выбора дополнительных методов диагностики
4. Правильность назначения тактики лечения

Отметкой *отлично* оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии неврологических заболеваний.
- Клиническую анатомию и физиологию нервной системы.
- Топическую диагностику и семиотику заболеваний нервной системы.
- Клинические проявления основных неврологических заболеваний;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях в неврологии.

Студент продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

Отметкой *хорошо* оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии неврологических заболеваний.
- Клиническую анатомию и физиологию нервной системы.
- Топическую диагностику и семиотику заболеваний нервной системы.
- Клинические проявления основных неврологических заболеваний;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях

неврологии.

Студент демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.

Отметкой *удовлетворительно* оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии неврологических заболеваний.
- Клиническую анатомию и физиологию нервной системы.
- Топическую диагностику и семиотику заболеваний нервной системы.
- Клинические проявления основных неврологических заболеваний;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях

неврологии.

Допускается несколько ошибок в содержании ответа.

В

В

В

Отметкой *неудовлетворительно* оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.

Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

По результатам трех этапов экзамена выставляется итоговая оценка по квалификационному экзамену по специальности “Неврология”.

В зависимости от результатов квалификационного экзамена комиссия открытым голосованием принимает решение “Присвоить звание (квалификацию) специалиста “врач-невролог” или “Отказать в присвоении звания (квалификации) специалиста “врач-невролог”. Результаты экзамена фиксируются в протоколе.

2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию

Общая неврология.

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.
8. Обонятельный нерв. Аносмия, гипосмия, гиперосмия.
9. Зрительный нерв.
10. Глазодвигательные нервы (глазодвигательный, блоковый, отводящий).
11. Тройничный нерв, невралгия тройничного нерва.
12. Лицевой нерв и промежуточный нерв, периферический паралич мимической мускулатуры, слезотечение и сухость глаза, нарушение вкуса.
13. Преддверно-улитковый нерв, снижение слуха, кондуктивная и невральная глухота, вестибулярный нистагм, вестибулярное головокружение, вестибулярная атаксия. Синдром Меньера.
14. Языкоглоточный нерв; блуждающий нерв; добавочный нерв; подъязычный нерв. Дизартрия, дисфагия, дисфония, назолалия, агейзия.
15. Бульбарный синдром. Дифференциальная диагностика с псевдобульбарным синдромом
16. Синдром мосто-мозжечкового угла.
17. Синдром внутреннего слухового прохода (Ляница),
18. Синдром Градениго-Ланнуа (верхушки пирамиды височной кости)
19. Синдром Гарсена.
20. Поражение ствола мозга.
21. Поражение спинного мозга
22. Поражение периферической нервной системы.
23. Нарушение тазовых функций.
24. Поражение лимбико-гипоталамо-ретикулярного комплекса.

25. Вегетативные нарушения.
26. Клинико-нейрофизиологические методы исследования нервной системы: электроэнцефалография (ЭЭГ), доплероультрасонография, вызванные потенциалы (ВП): соматосенсорные, зрительные, слуховые, стволовые; транскраниальная магнитная стимуляция мозга, электронейромиография (ЭНМГ), полисомнография.
27. Методы исследования сегментарного отдела вегетативной нервной системы и их оценка.
28. Исследование порогов боли (альгометрия, ноцептивный флексорный рефлекс). Болевые оценочные шкалы.
29. Нейровизуализационные методы исследования: рентгеновская компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), позитронная эмиссионная томография.
30. Поясничная пункция и исследование цереброспинальной жидкости.
31. Лабораторная диагностика: иммунологические тесты, исследование мышечных ферментов, показатели гемостаза, серологическая диагностика.

Частная неврология

1. Сосудистые заболевания нервной системы
2. Инфекции нервной системы.
3. Демиелинизирующие заболевания нервной системы
4. Опухоли центральной нервной системы.
5. Патология ликвороциркуляции.
6. Травматическое поражение нервной системы.
7. Нервно-мышечные заболевания.
8. Заболевания периферической нервной системы.
9. Боковой амиотрофический склероз.
10. Дегенеративные заболевания с преимущественным поражением: пирамидной системы и мозжечка, экстрапирамидной системы.
11. Головные и лицевые боли.
12. Эпилепсия.
13. Наследственные и врожденные заболевания ЦНС.
14. Соматоневрологические синдромы.
15. Интоксикации.
16. Деменции
17. Нарушения цикла «Сон-бодрствование»
18. Возрастные аспекты неврологических заболеваний.
19. Нейрореабилитация.
20. Частные неврологические синдромы:
 - акинетико-ригидный синдром,
 - гиперкинезы,
 - атаксия,
 - головокружение,
 - поражение мотонейрона (нижнего и верхнего),
 - гемиплегия (гемипарез),
 - эпизоды преходящих парезов конечностей,
 - параплегия нижняя спастическая,
 - миопатический синдром

- миотонические и псевдомиотонические синдромы,
- миастенический синдром,
- синдром вегетативной дистонии,
- вегетативные пароксизмы,
- гипоталамический синдром,
- синдром периферической вегетативной недостаточности (ПВН),
нейрогенный мочевого пузыря,
- боли в спине и ноге, в области плечевого пояса и руки,
- менингеальный синдром,
- приступообразная головная боль (ГБ),
- нейропатический и полинейропатический синдром,
- острая наружная офтальмоплегия,
- судорожный синдром.

2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию

Задача. 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. 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. 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 38,5, 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. «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 рефлексy 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. 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. 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 появилась асимметрия лица за счет ограничения движений мимических мышц слева, 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. 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?

2.3. Примерный перечень тестов, выносимых на государственную аттестацию

1. При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы:
 1. верхней прямой
 2. наружной прямой
 3. нижней прямой
 4. нижней косой
 5. поднимающей верхнее веко
2. Мидриаз возникает при поражении:
 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 Th₁₀ дерматома, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента
 1. Th₆ или Th₇
 2. Th₈ или Th₉
 3. Th₉ или Th₁₀
 4. Th₁₀ или Th₁₁
 5. Th₁₁ или Th₁₂
4. При центральном пирамидном параличе не наблюдается
 1. гипотрофии мышц
 2. повышения сухожильных рефлексов
 3. нарушения функции тазовых органов
 4. гипорефлексии
 5. фибрилляций
5. Хореический гиперкинез возникает при поражении
 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
 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. 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)
 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
 1. ацетилхолин
 2. ГАМК
 3. норадреналин

4. Адреналин
5. оксид азота
10. Все афферентные пути стриопаллидарной системы оканчиваются
 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 закрытии глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия
 1. мозжечковая
 2. сенситивная
 3. вестибулярная
 4. корковая
 5. все правильно
12. Этиологическими факторами идиопатической эпилепсии является
 - 1) генная мутация
 - 2) родовая травма
 - 3) гемолитическая болезнь новорожденных
 - 4) черепно-мозговая травма
 - 5) нарушение электролитного баланса
13. К генерализованным пароксизмам относятся
 - 1) джексоновские
 - 2) вегетативно-висцеральные
 - 3) соматосенсорные
 - 4) с нарушением психических функций
 - 5) абсансы
14. Для простых абсансов характерно:
 - 1) падение больного
 - 2) клонические подергивания конечностей
 - 3) замирания
 - 4) отключение сознания длительные
 - 5) произвольное мочеиспускание
15. Для инфантильных спазмов (синдром Веста) типично:
 - 1) генерализованные тонико-клонические припадки
 - 2) атипичные абсансы с «поклонами»
 - 3) однократный приступ
 - 4) нормальное психомоторное развитие
 - 5) нормальная ЭЭГ
16. Миоклонические припадки - это:
 - 1) кратковременные отключения сознания
 - 2) односторонние клонические подергивания
 - 3) внезапное снижение мышечного тонуса
 - 4) внезапные кратковременные произвольные мышечные сокращения
 - 5) генерализованные клонические подергивания

17. Судороги у новорожденных протекают как :
1. атонические
 2. тонико-клонические
 3. миоклонические
 4. с сенсорным компонентом
 5. абсансы
- 18.. Признаки генерализованного эпилептического припадка все, кроме:
1. психо-моторное возбуждение
 2. тонико-клонические судороги
 3. миоз
 4. утрата сознания
 5. амнезия постприступная
- 19.. У ребенка периодически возникал отсутствующий взгляд, в это время не реагировал на окружающих, падений и судорог не было. Назовите тип припадка:
1. генерализованный тонический
 2. атонический
 3. джексоновский
 4. абсанс
 5. миоклонический.
20. У ребенка появились подергивания левой кисти с быстрым распространением на всю руку, а затем на всю левую половину туловища назовите тип припадка:
1. генерализованный тонический
 2. атонический
 3. джексоновский
 4. абсанс
 5. миоклонический.
- 21 . У ребенка появились поворот головы и глаз влево, а затем тоническое напряжение с потерей сознания. Назовите тип припадка.
1. генерализованный тонико-клонический
 2. атонический
 3. адверсивный
 4. абсанс
 5. миоклонический
22. К демиелинизирующим относится полинейропатия
1. Гийена - Барре
 2. диабетическая
 3. порфирийная
 4. гипотиреоидная
 5. все ответы правильные
23. Для поражения лицевого нерва в области мостомозжечкового угла не характерны
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
 1. дисфония
 2. дисфагия
 3. нарушение сердечного ритма
 4. снижение артериального давления
 5. нарушение вкуса
25. Для нейропатии длинного грудного нерва характерны
 1. парез дельтовидной мышцы
 2. парез грудинно-ключично-сосцевидной мышцы
 3. парез передней зубчатой мышцы
 4. парез трапецевидной мышцы
 5. все ответы правильные
26. Для нейропатии подкрыльцового нерва характерны
 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 трапецевидной мышцы
 5. слабость и атрофия двуглавой мышцы
27. Признаками поражения лучевого нерва являются
 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
 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

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

- 1) Одинак М. М. Нервные болезни : учебник М. Медицина СпецЛит2014г
- 2) Гусев Е.И., Коновалов А.Н. и др... Неврология / национальное руководство. М.2018г
- 3) Мурзалиев А.М. Клинические лекции по неврологии : Учебное пособие . Бишкек ,
Издательство КРСУ ,2020
- 4) Триумфов А.В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы 19-е
издание. Москва, 2015 г
- 5) Зенков Л.Р., Ронкин М.А.. Функциональная диагностика нервных болезней
/руководство для врачей. Москва 2013г
- 6) Латышева В.Я., Дривотинов Б.В., Олизарович М.В. Неврология и нейрохирургия./
Учебное пособие, Вышэйшая школа 2013г
- 7) Мусабекова Т.О., Хамзина А.И. Эпилепсия: Учебное пособие Бишкек, Издательство
КРСУ, 2017.

Дополнительная литература

- 1) Бочков Н.П., Гинтер Е.К. Наследственные болезни / национальное руководство. Москва 2012г
- 2) Бочков Н.П. «Клиническая генетика» Москва ГЭОТАР-МЦЛ 2002г.
- 3) Гольдблат Ю.В. Основы реабилитации неврологических больных: монография 2017г.
- 4) Гусев Е.И., Гехт А.Б.. Клинические рекомендации по проведению тромболитической терапии при ишемическом инсульте. Москва 2015г
- 5) Ермолаева А.И., Баранова Г.А. Вертеброгенные заболевания нервной системы. Учебное пособие. Пенза 2015г
- 6) Захарова Н.Е., Корниенко В.Н. и др. Нейровизуализация структурных и гемодинамических нарушений при травме мозга. Москва 2013г.
- 7) Алексеева Н.С.. Головокружение. Отоневрологические аспекты. 2-е издание. Москва 2017г
- 8) Аутоиммунные заболевания в неврологии. Пономарев В.В. Монография Белорусская наука 2010г
- 9) Практикум по неврологии_ Мартынов Ю.С., Соков Е.Л., Ноздрюхина Н.В., Струценко А.А., Шувахина Н.А. Российский университет дружбы народов 2013
- 10) Одинак М.М. Клиническая диагностика в неврологии. СпецЛит, 2010
- 11) Михайленко А.А. Клиническая неврология (семиотика и топическая диагностика). Учебное пособие. Фолиант 2014.