

**Министерство науки и высшего образования Российской Федерации Министерство
образования и науки Кыргызской Республики**

**Межгосударственная образовательная организация высшего образования
Кыргызско-Российский Славянский университет имени первого Президента
Российской Федерации Б.Н. Ельцина.**

Фонд оценочных средств

по дисциплине «Неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики»

Уровень высшего образования

СПЕЦИАЛИТЕТ

Направление подготовки

3 1.05.03 (РФ); 560004 (КР)

(код и наименование направления подготовки)

Стоматология

(наименование направленности (профиля) образовательной программы)

Квалификация

Специалист

Бишкек 2025г

Фонд оценочных средств предназначен для контроля знаний обучающихся по направлению подготовки (специальности) "Стоматология" по дисциплине "Неврология, нейрохирургия и медицинская генетика".

Фонд оценочных средств рассмотрен и утвержден на заседании кафедры
"Неврология, нейрохирургия и медицинская генетика"

Протокол № 1 от 29.08.2025 г.

Заведующая кафедрой Неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

Мусабекова Т. О.



Руководитель образовательной программы :

Зав. кафедрой, Мусабекова Т.О.



Исполнители:

Зав. кафедрой, Мусабекова Т. О.



1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/шифр раздела в данном документе
ОПК-9: Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	Знать: сравнительную характеристику морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека	Блок А, D – задания репродуктивного уровня - Вопросы для контроля - Тесты
	Уметь: провести оценку морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач.	Блок В, D – задания репродуктивного уровня -Ситуационные задачи, практические навыки -Тесты
	Владеть: способностью обосновать собственную позицию относительно критериев оценки морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач	Блок С, D – задания репродуктивного уровня -Доклады, рефераты, история болезни -Тесты
ПК-1: Готов к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания.	Знать: методы и средства сбора и анализа жалоб пациента, данные его анамнеза, показания и противопоказания к проведению дополнительных клинических и параклинических методов исследования; необходимость проведения сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза; этиопатогенез, клиническую картину и диагностику основных стоматологических заболеваний.	Блок А, D – задания репродуктивного уровня - Вопросы для контроля - Тесты
	Уметь: собирать и анализировать жалобы пациента, данные его анамнеза; назначать	Блок В, D – задания репродуктивного уровня -Ситуационные задачи, практические навыки

	лабораторные, инструментальные, патологоанатомические и иные исследования в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологических заболеваний.	-Тесты
	Владеть: способностью критически оценивать результаты лабораторных, патологоанатомических исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия, или отсутствия стоматологического заболевания, соблюдает принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами	Блок С, D – задания репродуктивного уровня -Доклады, рефераты, история болезни -Тесты
ПК-2: Способен к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра.	Знать: методики проведения физикальных исследований для выявления основных патологических состояний, симптомов синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм; специфику выявления различных видов патологических состояний зубочелюстной системы, диагностики зубочелюстной деформации и аномалии зубов и челюстей; значение специальных и дополнительных методов исследования для дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний в соответствии с Международной статистической классификаций болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра.	Блок А, D – задания репродуктивного уровня - Вопросы для контроля - Тесты
	Уметь: осмыслить полученные результаты исследования основных нозологических форм стоматологических заболеваний; анализировать различные виды патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических	Блок В, D – задания репродуктивного уровня -Ситуационные задачи, практические навыки -Тесты

	заболеваний, нозологических форм в соответствии с (МКБ). Умеет отметить практическую ценность при сравнении конкретных патологических синдромов, симптомов стоматологических заболеваний	
	Владеть: навыками выявления основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний; приемами поиска, выявления и систематизации основных патологических состояний, симптомов синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с (МКБ); навыками собственного обоснования объединения различных симптомов, синдромов в нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра.	Блок С, D – задания репродуктивного уровня -Доклады, рефераты, история болезни -Тесты

2. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ

Технологическая карта дисциплины (ТКД) – документ, определяющий порядок изучения учебной дисциплины, совокупность видов учебной нагрузки магистранта, график проведения контрольных точек, формы контроля знаний, диапазоны оценки по контрольным точкам. Количество модулей определяется количеством кредитов дисциплины. При заполнении полей с названием модулей, необходимо учитывать соответствие названий этих модулей в рабочей программе дисциплины.

Технологическая карта дисциплины Специальность «Стоматология»

Курс 4, семестр 8, количество ЗЕ – 3, отчетность – зачет с оценкой

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя семестра)
8 семестр					
Раздел 1					
1.Тема «Общая неврология»	Текущий контроль	Устный опрос, контрольная работа, практические навыки неврологического обследования, посещаемость.	5	10	29
	Рубежный контроль	Устный, письменный опрос, ситуационная задача, практические навыки.	10	15	
Раздел 2					
2.Тема «Частная неврология»	Текущий контроль	Устный опрос, контрольная работа, реферат, доклад, презентация, посещаемость.	5	10	38
	Рубежный контроль	Устный опрос, тест, ситуационная задача, защита истории болезни.	10	15	
Раздел 3					
3.Тема «Нейрохирургия»	Текущий контроль	Устный опрос, контрольная работа, реферат, доклад, презентация, посещаемость.	5	10	41
	Рубежный контроль	Письменный опрос, ситуационная задача.	5	10	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль дифференцированный зачет			20	30	
Итого:			60	100	

Примечание: За каждое пропущенное лекционное и практическое занятие снимается 1 балл.

**3. ТИПОВЫЕ КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ,
НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ / ПРАКТИКЕ (ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА)**

Блок А

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

Общая неврология (8 семестр)

1. Нормальные рефлексy и их патология.
2. Патологические рефлексy (стопные, кистевые)
3. Поверхностная чувствительность - проводящие пути, симптомы поражения.
4. Глубокая чувствительность - проводящие пути, симптомы поражения.
5. Типы нарушения чувствительности.
6. Пирамидный путь. Признаки центрального и периферического паралича
7. Синдром Горнера
8. Стриарная система, симптомы поражения.
9. Гиперкинезы лица (лицевой тик, гемиспазм. параспазм, блефароспазм, оромандибулярный гиперкинез).
10. Паллидарная система, симптомы поражения
11. Обонятельный нерв и симптомы его поражения
12. Нарисовать схему проводящих путей лицевого нерва
13. Нарисовать схему проводящих путей тройничного нерва
14. Глазодвигательный нерв и симптомы его поражения.
15. Иннервация чувствительности в области лица
16. Симптомы поражения тройничного нерва
17. Симптомы поражения лицевого нерва
18. Клиника поражения слухового нерва
19. Вестибулярный нерв и симптомы его поражения.
20. Иннервация мышц гортани и глотки, симптомы ее нарушения.
21. Бульбарный паралич
22. Псевдобульбарный паралич.
23. Подъязычный нерв и симптомы его поражения.
24. Понятие об альтернирующих синдромах, привести примеры.
25. Симптомы поражения мозжечка.
26. Речь и ее расстройства.
27. Гнозис и виды агнозий.
28. Праксис и виды апраксий.
29. Память и ее расстройства.
30. Синдромы поражения лобной доли.
31. Синдромы поражения теменной доли.
32. Синдромы поражения височной доли.
33. Синдромы поражения затылочной доли.
34. Менингеальный синдром, клиника

Частная неврология (8 семестр)

1. Классификация нарушений мозгового кровообращения.
2. Геморрагический церебральный инсульт. Факторы риска. Патогенез, клиника, диагностика, неотложная терапия.
3. Ишемический церебральный инсульт. Факторы риска. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Субарахноидальное кровоизлияние. Патогенез, факторы риска, клиника, диагностика, лечение.
5. Преходящие нарушения мозгового кровообращения. Патогенез, факторы риска, клиника, диагностика, лечение.
6. Мигрень. Клиника, лечение.

7. Острый серозный менингит. Этиология, клиника, лечение.
8. Туберкулезный менингит. Лечение.
9. Менингококковый менингит. Этиология, эпидемиология, клиника, лечение, профилактика.
10. Невралгия тройничного нерва. этиология, клиника. диагностика, лечение
11. Нейропатия лицевого нерва. этиология. клиника, диагностика, лечение.
12. Понятие о полинейропатиях, этиология, клиника, диагностика.
13. Принципы лечения полинейропатий.
14. Нейросифилис. Патогенез, клинические варианты, лечение, профилактика.
15. НейроСПИД, клинические проявления, диагностика, роль стоматолога в профилактике.
16. Нейроревматизм, клинические проявления, роль стоматолога в профилактике.
17. Эпилепсия и судорожные синдромы .
18. Эпилептический статус. Патогенез, клиника, неотложная терапия.
19. Опухоли головного мозга. Классификация, лечение.
20. Черепно-мозговая травма, классификация.

Нейростоматология (8 семестр)

1. Черепно-мозговая травма, клиника, диагностика, лечение.
2. Этиология и виды прозопалгий.
3. Невралгия языкоглоточного нерва.
4. Невралгия барабанного нерва.
5. Невралгия верхнегортанного нерва.
6. Невропатия блуждающего нерва.
7. Невропатия лицевого нерва.
8. Синдром коленчатого узла.
9. Невралгия нерва крыловидного канала.
10. Болевой миофасциальный синдром лица.
11. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.
12. Ганглионит тройничного узла.
13. Прогрессирующая гемиатрофия лица.
14. Болезнь Мелькерсона-Розенталя.

Блок В

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Общая неврология (8 семестр)

1. У больного выявлены: слабость правой руки с гипотрофией мышц, снижением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, фибриллярными подергиваниями. Объясните имеющиеся симптомы. Укажите локализацию очага поражения.
2. У больного нарушено мышечно-суставное чувство в пальцах стоп, голеностопных, коленных и тазобедренных суставах. Отсутствует тактильная чувствительность и нарушено чувство кожной складки книзу от пупка. Другие виды чувствительности сохранены, парезов нет. Какие образования поражены, и на каком уровне? Обоснуйте ответ.
3. При быстрой повторной пронации и супинации рук, слева рука отстает, задерживаясь в каждом положении дольше, чем правая. Как называется этот синдром? Какое диагностическое значение он имеет и поражением каких структур обусловлен?
4. У больного – правосторонняя центральная гемиплегия. При какой локализации очага поражения она возможна (гомолатеральна, гетеролатеральна очагу)? Как уточнить локализацию очага?
5. У больного отсутствует болевая и температурная чувствительность справа от уровня соска до уровня пупка, тактильная чувствительность не нарушена. Где находится очаг поражения? Как называется этот тип нарушения чувствительности?
6. Судорожные припадки у больного начинаются с поворота головы и глаз вправо, затем поворачивается туловище и судороги генерализуются. Где локализован очаг раздражения? Обоснуйте ответ.
7. Судорожные припадки, начинаются с подергиваний левой стопы и распространяются на голень, бедро, а затем на плечо, предплечье и кисть. Где находится очаг поражения, как называется этот синдром? Дайте анатомо-физиологическое обоснование ответа.
8. У трех больных отмечается нижняя спастическая параллелия с проводниковой гипалгезией: у первого – ниже подмышечной области; у второго – ниже пупка; у третьего – ниже уровня паховых складок. Определите уровни поражения в каждом случае?
9. Больной не может дать название предъявляемых ему предметов, но знает их назначение. Как называется этот симптом? Поражением каких структур он обусловлен, если больной – левша?
10. Спастический тетрапарез с повышением всех сухожильных рефлексов и патологическими рефлексными на кистях и стопах. Функции черепно-мозговых нервов не нарушены. Какие структуры поражены? Обоснуйте ответ.
11. Приступообразное чувство онемения и «ползания мурашек» в области левой стопы, распространяется на левую голень, бедро, левую половину тела и завершается судорогами в левых, а потом в правых конечностях. Где находится основной очаг поражения? Как называется симптом нарушения чувствительности в начале приступа?
12. При какой локализации патологического процесса возможен спастический нижний парализ с задержкой мочи и кала? Какие еще клинические симптомы нужно знать для уточнения локализации очага поражения?
13. Голова больного повернута в сторону, сильно наклонена к приподнятому плечу, совершает ритмичные клонические подергивания, мышцы шеи напряжены. Как называется этот синдром? Поражением каких структур он обусловлен?
14. Дайте оценку результатам проведенных вегетативных проб: первый больной – проба Ашнера 78-50 ударов в минуту; ортоклиностагическая проба 76-48-70 ударов в минуту; второй больной – пульс в положении лежа 72 в минуту, стоя 102 в минуту и повторно лежа 74 в минуту.
15. Периферический паралич обеих рук, фибриллярные и фасцикулярные подергивания мышц плечевого пояса, движения ног не нарушены. Где локализуется очаг поражения? Обоснуйте ответ.
16. У больного отмечаются непроизвольные медленные червеобразные сгибания и разгибания в пальцах рук и ног, растопыривание пальцев, которые усиливаются при произвольных движениях. Мышечный тонус в конечностях понижен. Как называется этот синдром? Поражением каких структур он обусловлен?
17. Движения конечностей и туловища не нарушены. Боль в области ягодиц и промежности, недержание мочи и кала, атрофия ягодичных мышц, пролежни в области крестца, анестезия в области ягодиц и ануса. Что поражено?
18. После ножевого ранения позвоночника отмечается спастический паралич правой ноги, анестезия слева книзу от пупка, нарушение мышечно-суставного чувства в правой ноге. Отсутствуют нижние и средние брюшные рефлексы справа. Где находится очаг поражения? Как называется этот синдром?
19. Правосторонняя спастическая гемиплегия без поражения черепно-мозговых нервов и нарушений речи. Где находится очаг поражения? Дайте обоснование ответа.
20. Больной чрезмерно высоко поднимает ноги при ходьбе и с силой опускает их. При закрытых глазах нарушение походки резко усиливается. Как называется такая походка? Как называется этот синдром? Поражением каких структур он обусловлен? Какое исследование нужно провести, чтобы подтвердить характер поражения?
21. Перечислите болевые вегетативные точки.
22. Больного беспокоит слабость в правой ноге. Невозможно разгибание голени в коленном суставе, резко ослаблено сгибание бедра, выявляется атрофия четырехглавой мышцы бедра и выпадение коленного рефлекса. Где локализуется очаг поражения? Обоснуйте ответ.
23. Периферический паралич правой руки с фибриллярными и фасцикулярными подергиваниями мышц, центральный паралич правой ноги. Отсутствие брюшных рефлексов справа, чувствительность не нарушена. Какие структуры поражены? Обоснуйте ответ.
24. Больной не узнает предметы при ощупывании их правой рукой при закрытых глазах; при этом может описать отдельные их свойства, так как простая чувствительность в правой руке сохранена. Как называется этот симптом? Поражением каких структур он обусловлен?
25. Атрофия мышц рук со снижением мышечной силы и сухожильных рефлексов, фибрилляции и фасцикуляции в руках. Ходьба затруднена. Резко повышены сухожильные рефлексы, выявляются симптомы Бабинского и Россоломо на обеих ногах. Отсутствуют все брюшные рефлексы. Задержка мочи и кала. Какие образования поражены? Обоснуйте ответ.
26. Больной ходит пошатываясь и отклоняясь вправо, широко расставляя ноги. В позе Ромберга отклоняется вправо, выявляется гиперметрия, миоподпадание и интенционное дрожание в координаторных пробах справа, горизонтальный нистагм при взгляде вправо, адиадохокинез правой руки, снижение тонуса мышц правых конечностей, скандированная речь. Как называется этот синдром? Поражением каких структур он обусловлен?

27. Для какого состояния вегетативной нервной системы характерны следующие проявления: мидриаз, экзофтальм, густая слюна, тахикардия, артериальная гипертензия, гипотонус бронхов и снижение секреции их желез, гипотония желудочно-кишечного тракта, гипергликемия, усиление потоотделения? Какие результаты вегетативных проб характерны для данного состояния?
28. У больного справа: парез мягкого неба и голосовой связки, отсутствие глоточного рефлекса, снижение чувствительности глотки и корня языка справа, атрофия и фибрилляции мышц половины языка, парез грудино-ключично-сосцевидной и трапецевидной мышц. Центральный гемипарез и гемигипостезия левых конечностей. Как называется данный синдром? Где локализован очаг поражения? Обоснуйте ответ.
29. У больного справа болевая и температурная гипестезия лица в наружной скобке Зельдера, парез мягкого неба и голосовой связки, синдром Горнера и дисметрия при координаторных пробах, а слева центральный гемипарез и гемигипостезия левых конечностей. Как называется данный синдром?
30. У больного слева ограничено движение глазного яблока вверх и книзу, при сохранности движения кнаружи. Имеется левосторонняя гемиатаксия, снижение слуха на левое ухо. Справа центральный гемипарез, отклонение языка, сглаженность носогубной складки и опускание угла рта. Как называется данный синдром? Где локализован очаг поражения? Обоснуйте ответ.
31. У больного боль и гипалгезия кожи в правой половине лица, болезненность при пальпации супраорбитальной и подглазничной точек, герпетические высыпания на коже в области лба, скуловой дуги, подбородка справа. Где локализован очаг поражения? Обоснуйте ответ.
32. У больного левосторонняя гемиплегия с повышением тонуса мышц и сухожильных рефлексов, патологическими стопными рефлексами. Справа выявляется несмыкание век, невозможность поднять бровь, отстает угол рта при улыбке. Правое глазное яблоко отведено кнутри, движение его кнаружи ограничено и усиливает двоение. Как называется данный синдром? Где локализован очаг поражения? Обоснуйте ответ.
33. У больного справа: птоз верхнего века, мидриаз, расходящееся косоглазие, отсутствует реакция зрачка на свет и движения глазного яблока вверх, вниз, кнутри. Другие функции нервной системы не нарушены. Где находится очаг поражения? Обоснуйте ответ.
34. У больного справа выявляется спазм мимических мышц, который сочетается с левосторонней гемиплегией с повышением тонуса мышц и сухожильных рефлексов, патологическими стопными рефлексами. Как называется данный синдром? Где локализован очаг поражения? Обоснуйте ответ.
35. У больного левосторонний центральный гемипарез, рот смещен вправо, левый угол рта при улыбке неподвижен, веки смыкаются полностью. Определите характер паралича мимических мышц и варианты локализации очага поражения. Обоснуйте ответ.
36. У больного язык отклонен влево, имеются атрофия и фибрилляции мышц левой половины языка. В правых конечностях повышен тонус мышц и сухожильные рефлексы, выявляются патологические рефлексы. Как называется данный синдром? Где локализован очаг поражения? Обоснуйте ответ.
37. Больной жалуется на онемение левой щеки. При осмотре выявляется снижение болевой и температурной чувствительности в средней и внутренней скобке Зельдера слева. По какому типу нарушена чувствительность и где локализован очаг поражения? Обоснуйте ответ.
38. У больного правое глазное яблоко отведено кнаружи, отсутствуют движения вверх, вниз, кнутри, при этом верхнее веко не поднимается, правый зрачок расширен, не реагирует на свет. Слева отмечается гемиатаксия, интенционный тремор, мышечная гипотония. Как называется данный синдром? Где локализован очаг поражения? Обоснуйте ответ.
39. У больного с правосторонним гнойным отитом выявляется парез мягкого неба, голосовой связки, грудино-ключично-сосцевидной и трапецевидной мышц, отсутствие глоточного рефлекса, снижение чувствительности глотки и корня языка справа. Пареза конечностей нет. При пальпации болезненность шеи справа. Какие структуры нервной системы поражены? Где может быть локализован очаг поражения? Обоснуйте ответ.
40. У больного правое глазное яблоко отведено кнутри, движение его кнаружи ограничено и усиливает двоение, глазная щель полностью не смыкается, отсутствуют складки на лбу при наморщивании и носогубная складка справа, рот смещен влево, правый угол рта не подвижен, имеется гипестезия на лице справа и гипотонус правой жевательной мышцы, снижен слух на правое ухо. В левых конечностях гемигипостезия и не грубый центральный гемипарез. Как называется данный синдром? Где локализован очаг поражения? Обоснуйте ответ.
41. У больного справа периферический парез лицевого нерва, шум в ухе, снижение слуха, боль и гипестезия правой половины лица, горизонтальный нистагм больше вправо, промахивание при пальценосовой пробе, дисметрия при пяточно-коленной пробе, при ходьбе шаткость вправо. Как называется синдром? Где локализован очаг поражения? Обоснуйте ответ.
42. У больного левое глазное яблоко отведено кнаружи, отсутствуют движения вверх, вниз, кнутри, при этом верхнее веко не поднимается, левый зрачок расширен, не реагирует на свет. Справа отмечается дисметрия при координаторных пробах, гемиасинергия, мышечная гипотония. Как называется данный синдром? Где локализован очаг поражения? Обоснуйте ответ.
43. У больного правосторонняя гемиплегия с повышением тонуса мышц и сухожильных рефлексов, патологическими стопными рефлексами. Слева парез мягкого неба и голосовой связки, дисфагия, дисфония, нарушена артикуляция речи. Как называется данный синдром? Где локализован очаг поражения? Обоснуйте ответ.
44. У больного правое глазное яблоко отведено кнаружи, отсутствуют движения вверх, вниз, кнутри, при этом верхнее веко не поднимается, правый зрачок расширен, не реагирует на свет. Слева отмечается гемипарез с повышением тонуса мышц, сухожильной гиперрефлексией, наличием патологических рефлексов. Как называется данный синдром? Где локализован очаг поражения? Обоснуйте ответ.
45. У больного левосторонняя гемиплегия с повышением тонуса мышц и сухожильных рефлексов, патологическими стопными рефлексами. Справа выявляется несмыкание век, невозможность поднять бровь, отстает угол рта при улыбке. Как называется данный синдром? Где локализован очаг поражения? Обоснуйте ответ.
46. Женщина 70 лет предъявляет жалобы на приступы сильнейших болей в правой половине лица. Считает себя больной около 10 лет. Боли возникают внезапно, длятся несколько секунд и носят острый, режущий характер. Приступы болей провоцируются разговором, жеванием, прикосновением к коже около крыла носа справа. Боль начинается в области верхней губы и распространяется на верхние зубы и скуловую область справа. Между приступами в неврологическом статусе отмечаются болезненность при пальпации инфраорбитальной точки справа, гиперестезия в области верхней челюсти справа. Клинический диагноз. Необходимо ли проведение дополнительных исследований. Лечение.

47. Женщина 32 лет жалуется на асимметрию лица, слезотечение из левого глаза, боли в заушной области слева. Заболела за день до поступления, накануне длительное время находилась на улице без головного убора при температуре воздуха -5° . При обследовании выявляется асимметрия лица: слева лагофтальм, сглажена левая носогубная складка, опущен угол рта. При выполнении мимических проб отмечаются слабость всех мимических мышц левой половины лица, симптом Белла слева. Снижена вкусовая чувствительность на передних двух третях языка слева, других неврологических нарушений нет. Неврологические синдромы. Локализация поражения. Клинический диагноз. Лечение

48. У больной 15 лет после поездки в автобусе, 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 вверх не поднимается. Левый глаз не закрывается. При оскале рот перекашивается вправо. Надуть щеки и свистнуть не может. Другой патологии не выявлено. Указать уровень поражения? Какое лечение Вы назначите больному?

49. Больная 16 лет поступила в неврологическое отделение с жалобами на приступы болей в области правой половины лица. Болеет около 2 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?

50. Мальчик 10, жалуется на асимметрию лица – не закрывается правый глаз, рот перетянут в левую сторону, слезотечение из левого глаза. Жалобы появились вчера, накануне отмечалось переохлаждение, отмечается асимметрия лица, на правой половине лица лобные складки сглажены, правый глаз шире левого. Правая носогубная складка сглажена. Рот перетянут влево. При нахмуривании правая бровь вверх не поднимается. Правый глаз не закрывается. Слезотечение из правого глаза. При оскале рот перекашивается вправо. Надуть щеки и свистнуть не может. Нарушение вкуса на передних 2/3 языка. Указать уровень поражения? Какое лечение Вы назначите больному?

Блок В

Практические навыки (8 семестр)

1. Методика исследования двигательной сферы
2. Методика исследования чувствительной сферы. Болевые точки, менингеальные знаки и симптомы натяжения.
3. Методика исследования экстрапирамидной системы, мозжечка.
4. Методика исследования IX, X, XI, XII, V, VII, VIII пар черепно-мозговых нервов.
5. Методика исследования I, II, III, IV, VI пар черепно-мозговых нервов.
6. Методика исследования вегетативной нервной системы (болевых точек и ганглиев).
7. Методика исследования высшей нервной деятельности.

Блок С

ТЕМЫ ДОКЛАДОВ И ПРЕЗЕНТАЦИЙ (8 семестр)

1. Нейрофармакология в стоматологии.
2. Нейростоматологические синдромы. Лицевые боли (прозопалгии). Клиническая классификация и терминология. Механизмы развития и клиника прозопалгий при заболеваниях зубочелюстной системы, глаз, ЛОР-органов.
3. Стомалгия (глоссалгия, глоссодиния).
4. Психалгия.
5. Современные подходы к лечению невралгии тройничного и языкоглоточного нервов.
6. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.
7. Вегетативно-сосудистые пароксизмы в области головы и лица (мигрень и пучковая головная боль, лицевая мигрень, холодовые боли).
8. Нейротрофические синдромы в области лица и головы (прогрессирующая гемиатрофия и гемигипертрофия лица, болезнь Шегрена, болезнь Мелькерссона-Розенталя, ангионевротический отек Квинке).
9. Черепно-мозговые травмы и травмы лицевого черепа.
10. Опухоли головы и шеи, хирургическое лечение.

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ (8 семестр)

1. Лицевые боли (прозопалгии)
2. Дифференциальная диагностика стомалгий
3. Миофасциальный болевой синдром и дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.
4. Дифференциальная диагностика симпаталгии.
5. Нейротрофические синдромы в области лица и головы в практике стоматолога.
6. Травмы лица
7. Неотложная помощь при судорожных состояниях.
8. Нейрофармакология в практике стоматолога.
9. Методы нейровизуализации при нейростоматологических синдромах.
10. Современные подходы к лечению невралгии тройничного нерва.
11. Особенности вегетативной иннервации лица и полости рта.
12. Современные подходы к лечению психалгий.

Блок С

СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПО НЕВРОЛОГИИ

ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ – содержит реквизиты университета, название кафедры, ФИО студента 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 студента, курс, группа

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ:

Фамилия, имя, отчество.

Домашний адрес.

Дата заболевания.

Дата поступления.

Место работы, специальность.

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: Условия жизни и воспитания в семье. 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, аборт, выкидыши. Семейное положение, состав семьи. Родство между родителями. Заболевания у ближайших родственников

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 рефлексы

Патологические рефлексы

Координаторная сфера

Вегетативные нарушения (функция тазовых органов, дермографизм, трофические расстройства)

Высшая нервная деятельность.

3. Предварительный диагноз: выставляется на основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, выделения ведущих неврологических синдромов, установления топического диагноза, после чего указывается нозологическая форма.
4. План обследования больного (логически вытекает из предварительного диагноза, который нужно либо подтвердить, либо опровергнуть).
5. Результаты проведенного обследования (выписываются из истории болезни пациента).
6. Дифференциальный диагноз проводится с 2-3 сходными по клинике заболеваниями.
7. Принципы лечения.
8. Клинический диагноз и его обоснование (использовать только необходимые данные, позволяющие поставить диагноз). Основной и сопутствующий диагнозы обосновываются отдельно.
9. Дневники (должны отражать динамику процесса, всего 2-3).
10. 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.

Блок D

ТЕСТЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ (8 семестр)

1. Где находятся симпатические нейроны, участвующие в симпатической иннервации глаза:
 - 1) в боковых рогах C2-C4
 - 2) в боковых рогах C4-C6
 - 3) в боковых рогах C8-Th1
 - 4) в боковых рогах S3-S5#
2. Для выявления конструктивной апраксии следует предложить больному
 - 1) поднять руку
 - 2) коснуться правой рукой левого уха
 - 3) сложить заданную фигуру из спичек
 - 4) выполнить различные движения по подражанию#
3. При повреждении внутренних участков перекреста зрительных нервов периметрия выявляет
 - 1) одностороннюю гомонимную гемианопсию
 - 2) нижнеквадрантную гемианопсию
 - 3) битемпоральную гемианопсию
 - 4) биназальную гемианопсию
 - 5) верхнеквадрантную гемианопсию#
4. При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы
 - 1) верхней прямой
 - 2) наружной прямой
 - 3) нижней прямой
 - 4) нижней косой#
5. 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#
6. При центральном параличе не наблюдается
 - 1) гипотрофии мышц
 - 2) повышения сухожильных рефлексов
 - 3) нарушения функции тазовых органов
 - 4) нарушения электровозбудимости нервов и мышц#
7. Какой вегетативный узел не относится к 3-й ветви тройничного нерва?
 - 1) Подчелюстной.
 - 2) Подъязычный.
 - 3) Крылонебный.
 - 4) Околоушный/#
8. Птоз наблюдается при поражении пары черепных нервов:
 - 1) IV
 - 2) V
 - 3) III
 - 4) V#
9. При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия
 - 1) динамическая
 - 2) вестибулярная
 - 3) статическая
 - 4) сенситивная#
10. Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении
 - 1) зрительного тракта
 - 2) зрительного перекреста

- 3) зрительной лучистости
- 4) внутренней капсулы
- #
- 11. Для бульбарного синдрома характерно:
 - 1) повышение глоточных рефлексов
 - 2) насильственный смех и плач
 - 3) дисфагия, дизартрия, дисфония
 - 4) проявление рефлексов орального автоматизма
 - 5) оральная апраксия
- #
- 12. Рефлекс с бицепса замыкается на уровне сегментов:
 - 1) C5-C6
 - 2) Th9-Th10
 - 3) L5-S1
 - 4) L2-L4
- #
- 13. Мышечный тонус при центральном параличе является:
 - 1) пластическим
 - 2) спастическим
 - 3) атоническим
- #
- 14. Где находятся симпатические нейроны, участвующие в симпатической иннервации глаза:
 - 1) в боковых рогах C2-C4
 - 2) в боковых рогах C5-C6
 - 3) в боковых рогах C8-Th1
 - 4) в боковых рогах L1-L2
- #
- 15. Какой вегетативный узел относится к I-й ветви тройничного нерва?
 - 1) крылонебный
 - 2) околоушной
 - 3) ресничный
 - 4) подчелюстной
- #
- 16. При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия
 - 1) динамическая
 - 2) вестибулярная
 - 3) статическая
 - 4) сенситивная
- #
- 17. Слуховая агнозия наступает при поражении
 - 1) теменной доли
 - 2) лобной доли
 - 3) затылочной доли
 - 4) височной доли
- #
- 18. Альтернирующий синдром Фовилля характеризуется одновременным вовлечением в патологический процесс
 - 1) нервов
 - 2) лицевого и отводящего
 - 3) лицевого и глазодвигательного
 - 4) языкоглоточного нерва и блуждающего
 - 5) подъязычного и добавочного
- #
- 19. Что такое «фантомные» боли:
 - 1) боли в отсутствующих сегментах конечности (после ампутации)
 - 2) боли распространяющиеся с одной ветви нерва на другие, непосредственно незатронутые
 - 3) приступообразные боли в поясничном отделе позвоночника
 - 4) мучительное ощущение жжения на фоне интенсивных болей
- #
- 20. Какой вегетативный узел относится к I-й ветви тройничного нерва?
 - 1) крылонебный.
 - 2) околоушной.
 - 3) ресничный.

- 4) подчелюстной.
#
21. Для спастического мышечного тонуса характерно:
1) симптом «зубчатого колеса»;
2) неизменные сухожильные рефлексы
3) симптом «складного ножа»
4) застывание конечностей в приданной позе
#
22. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении
1) обонятельного бугорка
2) обонятельной луковицы
3) височной доли
4) теменной доли
#
23. Половинное поражение поперечника спинного мозга (синдром Броун - Секара) характеризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании
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
#
24. Рефлексы орального автоматизма свидетельствуют о поражении трактов
1) кортикоспинальных
2) кортиконуклеарных
3) лобно-мосто-мозжечковых
4) руброспинальных
#
25. Тела центральных мотонейронов расположены :
1) в задних рогах спинного мозга;
2) в пятом слое клеток коры головного мозга;
3) в белом веществе головного мозга;
4) в передних рогах спинного мозга;
#
26. При повреждении наружных участков перекреста зрительных нервов периметрия выявляет
1) одностороннюю гомонимную гемианопсию
2) нижнеквадрантную гемианопсию
3) битемпоральную гемианопсию
4) биназальную гемианопсию
5) верхнеквадрантную гемианопсию
#
27. Мышечный тонус при поражении периферического двигательного нейрона:
1) Снижается
2) Повышается
3) Не изменяется
4) Смешанный
#
28. Для поражения блуждающего нерва не характерны
1) дисфония
2) дисфагия
3) нарушение сердечного ритма
4) нарушение вкуса
#
29. Нарушение понимания сложных логико-грамматических конструкций встречается при афазии:
1) сенсорной
2) моторной
3) амнестической
4) семантической
#
30. Зрительный нерв выходит из полости черепа через :
1) большое затылочное отверстие
2) овальное отверстие
3) круглое отверстие

- 4) канал зрительного нерва
 - 5) верхнюю глазничную щель
 - #
31. Какой нерв не входит в систему I ветви V нерва?
- 1) лобный.
 - 2) слезный.
 - 3) подглазничный.
 - 4) носоресничный
- #
32. Какой нерв не относится к концевым ветвям 2-й ветви тройничного нерва?
- 1) скуловой.
 - 2) ушно-височный.
 - 3) подглазничный.
 - 4) носоресничный.
- #
33. Основным патологическим рефлексом сгибательного типа является рефлекс
- 1) Бабинского
 - 2) Оппенгейма
 - 3) Россолимо
 - 4) Гордона
 - 5) Чеддока
- #
34. Мышечный тонус при поражении центрального двигательного нейрона:
- 1) Снижается
 - 2) Повышается
 - 3) Не изменяется
 - 4) Ни один из вариантов
- #
35. Иннервацию сфинктера зрачка осуществляет нерв:
- 1) III
 - 2) IV
 - 3) VI
 - 4) II
- #
36. Симптом периферического поражения лицевого (VII) нерва является:
- 1) парез жевательных мышц на стороне поражения
 - 2) парез мимической мускулатуры на стороне поражения
 - 3) изолированное опущение угла рта на стороне поражения
 - 4) изолированное опущение угла рта на контралатеральной стороне
 - 5) парез мышцы, поднимающей верхнее веко
- #
37. Синдромом Аргайла Робертсона называют
- 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
- #
38. Сочетание нарушения глотания и фонации, дизартрии, пареза мягкого неба, отсутствия глоточного рефлекса и тетрапареза свидетельствует о поражении
- 1) ножек мозга
 - 2) моста мозга
 - 3) продолговатого мозга
 - 4) покрышки среднего мозга
- #
39. Хореический гиперкинез возникает при поражении
- 1) палеостриатума
 - 2) неостриатума
 - 3) медиального бледного шара
 - 4) латерального бледного шара
- #
40. Слуховая агнозия наступает при поражении
- 1) теменной доли

- 2) лобной доли
- 3) затылочной доли
- 4) височной доли
- #
- 41. При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы
 - 1) верхней прямой
 - 2) наружной прямой
 - 3) нижней прямой
 - 4) нижней косой- #
- 42. Бульбарный паралич развивается при поражении черепных нервов:
 - 1) IX, X, XII
 - 2) IX, X, XI
 - 3) VIII, IX, X
 - 4) V, VII, X- #
- 43. Иннервацию сфинктера зрачка осуществляет нерв:
 - 1) III
 - 2) IV
 - 3) VI
 - 4) II- #
- 44. Дисфагия возникает при поражении черепных нервов:
 - 1) IX-X
 - 2) VIII-XII
 - 3) XI-XII
 - 4) VII-XI- #
- 45. При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия
 - 1) биназальная
 - 2) гомонимная
 - 3) битемпоральная
 - 4) нижнеквадрантная- #
- 46. Фасцикуляции в мышцах чаще всего указывают на:
 - 1) поражение периферического нерва
 - 2) поражение центрального мотонейрона
 - 3) поражение периферического мотонейрона
 - 4) множественное поражение нервов.- #
- 47. Ощущение ползания мурашек, зуда, холода- это:
 - 1) гиперпатия
 - 2) аналгезия
 - 3) парестезия
 - 4) дизестезия- #
- 48. При поражении тройничного (V) нерва возникает:
 - 1) сглаженность контралатеральной носогубной складки
 - 2) нарушение чувствительности кожи лица
 - 3) снижение глоточного рефлекса на стороне поражения
 - 4) сухость рта
 - 5) анизокория- #
- 49. Симптомом периферического поражения лицевого (VII) нерва является:
 - 1) парез жевательных мышц на стороне поражения
 - 2) парез мимической мускулатуры на стороне поражения
 - 3) изолированное опущение угла рта на стороне поражения
 - 4) изолированное опущение угла рта на контралатеральной стороне
 - 5) парез мышцы, поднимающей верхнее веко- #
- 50. Через какое образование ветви V нерва не выходят на лицо?
 - 1) надглазничная вырезка.
 - 2) шило - сосцевидное отверстие.

- 3) подглазничное отверстие.
- 4) подбородочное отверстие.
- #
- 51. Какой нерв не входит в систему I ветви V нерва?
 - 1) лобный.
 - 2) слезный.
 - 3) подглазничный.
 - 4) носоресничный.
- #
- 52. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении
 - 1) обонятельного бугорка
 - 2) обонятельной луковицы
 - 3) височной доли
 - 4) теменной доли
- #
- 53. Для выявления амнестической афазии следует
 - 1) проверить устный счет
 - 2) предложить больному назвать окружающие предметы
 - 3) предложить больному прочитать текст
 - 4) убедиться в понимании больным обращенной речи
- #
- 54. Биназальная гемианопсия наступает при поражении
 - 1) центральных отделов перекреста зрительных нервов
 - 2) наружных отделов перекреста зрительных нервов
 - 3) зрительной лучистости
 - 4) зрительных трактов
- #
- 55. Для спастического мышечного тонуса характерно:
 - 1) симптом «зубчатого колеса»;
 - 2) гипертонус одной группы мышц-сгибателей или разгибателей;
 - 3) симптом «складного ножа»
 - 4) застывание конечностей в приданной позе
- #
- 56. При паркинсонизме почерк у пациентов
 - 1) меняется по типу макрографии
 - 2) меняется по типу микрографии
 - 3) не меняется
 - 4) пациенты не могут писать
- #
- 57. Как называется симптом натяжения при растяжении нерва или корешка:
 - 1) симптом Лессажа
 - 2) симптом Кернига
 - 3) симптом Лассега
 - 4) симптом Брудзинского
- #
- 58. Где находятся симпатические нейроны, участвующие в симпатической иннервации глаза:
 - 1) в боковых рогах C2-C4
 - 2) в боковых рогах C4-C6
 - 3) в боковых рогах C8-Th1
 - 4) в боковых рогах S3-S5
- #
- 59. Через какое образование ветви V нерва не выходят на лицо?
 - 1) надглазничная вырезка.
 - 2) шило - сосцевидное отверстие.
 - 3) подглазничное отверстие.
 - 4) подбородочное отверстие.
- #
- 60. При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия
 - 1) Биназальная
 - 2) гомонимная
 - 3) битемпоральная
 - 4) нижнеквадрантная
- #

61. При поражении экстрапирамидной системы возникает:
- 1) Акинезия
 - 2) Апраксия
 - 3) Парезы
 - 4) Гипотония
- #
62. Битемпоральная гемианопсия наблюдается при поражении:
- 1) зрительного тракта
 - 2) медиальной части хиазмы
 - 3) латеральной части хиазмы
 - 4) сетчатки
- #
63. Поражение мозжечка приводит к нарушению движений в виде:
- 1) пареза
 - 2) брадикинезия
 - 3) атаксии
 - 4) гиперкинеза
- #
64. Фасцикуляции в мышцах чаще всего указывают на :
- 1) поражение периферического нерва
 - 2) поражение центрального мотонейрона
 - 3) поражение периферического мотонейрона
 - 4) множественное поражение нервов.
- #
65. Через какое образование ветви V нерва не выходят на лицо?
- 1) Надглазничная вырезка.
 - 2) Шило - сосцевидное отверстие.
 - 3) Подглазничное отверстие.
 - 4) Подбородочное отверстие.
- #
66. Для выявления амнестической афазии следует
- 1) проверить устный счет
 - 2) предложить больному назвать окружающие предметы
 - 3) предложить больному прочитать текст
 - 4) убедиться в понимании больным обращенной речи
- #
67. К нервам мостомозжечкового угла относят:
- 1) I и II нервы
 - 2) III, IV, VI черепно-мозговые нервы
 - 3) VII, VIII, VI, V черепно-мозговые нервы
 - 4) IX, X, XI, XII черепно-мозговые нервы
- #
68. Тела центральных мотонейронов расположены:
- 1) в задних рогах спинного мозга
 - 2) в пятом слое клеток коры головного мозга
 - 3) в белом веществе головного мозга
 - 4) в передних рогах спинного мозга
- #
69. Периферические нейроны расположены:
- 1) в задних рогах спинного мозга
 - 2) в пятом слое клеток коры головного мозга
 - 3) в белом веществе головного мозга
 - 4) в передних рогах спинного мозга
- #
70. К нервам мостомозжечкового угла относят:
- 1) I и II нервы
 - 2) III, IV, VI черепно-мозговые нервы
 - 3) VII, VIII, VI, V черепно-мозговые нервы
 - 4) IX, X, XI, XII черепно-мозговые нервы
- #
71. Для нейропатии тройничного нерва характерно
- 1) снижение корнеального рефлекса
 - 2) нарушение вкуса на задней трети языка

- 3) гипалгезия во внутренней зоне Зельдера
4) гипертрофия жевательной мускулатуры
#
72. Синдром Аргайла Робертсона наблюдается при
1) при рассеянном склерозе
2) при синдроме Парино
3) нейросифилисе
4) болезни Альцгеймера
5) алкоголизме
#
73. Для центрального поражения подъязычного нерва (XII) характерно:
1) насильственный плач
2) девиация языка
3) фасцикуляции
4) дисфагия
5) атрофия мышц половины языка
#
74. Верхнечелюстной нерв является ветвью:
1) лицевого нерва
2) языкоглоточного нерва
3) предверно-улиткового нерва
4) блуждающего нерва
5) тройничного нерва
#
75. Больной со зрительной агнозией
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
#
76. При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы
1) верхней прямой
2) наружной прямой
3) нижней прямой
4) нижней косой
#
77. 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
#
78. Синдром верхней глазничной щели включает поражение
1) 3 пары ЧМН
2) 4 и 6 пар ЧМН
3) 3, 4 и 6 пар ЧМН
4) 3, 4, 6 и 1 ветви 5 пары ЧМН
5) 2, 3, 4, 5 и 6 пар ЧМН
#
79. Как называется ощущение ползания мурашек, зуда, холода:
1) аналгезия
2) гипестезия
3) дизестезия
4) гиперпатия
5) парестезия
#
80. Где расположено корковое представительство для проводников поверхностной чувствительности:
1) в передней центральной извилине
2) в задней центральной извилине
3) в коре лобной доли
4) в коре затылочной доли
#

81. Половинное поражение поперечника спинного мозга (синдром Броун - Секара) характеризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании
- 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
- #
82. При повреждении внутренних участков перекреста зрительных нервов периметрия выявляет
- 1) одностороннюю гомонимную гемианопсию
 - 2) нижнеквадрантную гемианопсию
 - 3) битемпоральную гемианопсию
 - 4) биназальную гемианопсию
 - 5) верхнеквадрантную гемианопсию
- #
83. Птоз наблюдается при поражении пары черепных нервов:
- 1) IV
 - 2) V
 - 3) III
 - 4) V
- #
84. Нарушения чувствительности по проводниковому типу, центральная тетраплегия характерны для поражения спинного мозга на уровне
- 1) шейного утолщения
 - 2) верхнегрудного отдела
 - 3) верхнешейного отдела
 - 4) поясничного утолщения
 - 5) нижнегрудного отдела
- #
85. Адверсивные судорожные приступы с насильственным поворотом головы в здоровую сторону чаще наступают при локализации опухоли в следующей доле мозга
- 1) лобной
 - 2) теменной
 - 3) височной
 - 4) затылочной
 - 5) одинаково часто в любой из перечисленных
- #
86. При поражении тройничного (V) нерва возникает:
- 1) прозопарез
 - 2) нарушение чувствительности кожи лица
 - 3) слезотечение
 - 4) снижение слуха
 - 5) гиперacusия
- #
87. Бульбарный паралич развивается при поражении черепных нервов:
- 1) IX, X, XII
 - 2) IX, X, XI
 - 3) VIII, IX, X
 - 4) V, VII, X
- #
88. Лагофthalm, сглаженность лобных и носогубной складок на пораженной стороне, перекос рта в
- 1) здоровую сторону характерны для
 - 2) опухоли головного мозга
 - 3) энцефалита
 - 4) неврита лицевого нерва
 - 5) острого нарушения мозгового кровообращения
- #
89. Какой нерв иннервирует и осуществляет секреторную функцию подчелюстной и подъязычной желез?
- 1) промежуточный.
 - 2) верхнечелюстной.
 - 3) лицевой.
 - 4) тройничный.
- #

90. Какой вегетативный узел относится к 2-й ветви тройничного нерва?
- 1) ресничный.
 - 2) крылонебный.
 - 3) околоушный.
 - 4) подъязычный.
- #
91. Хореический гиперкинез возникает при поражении
- 1) палеостриатума
 - 2) неостриатума
 - 3) медиального бледного шара
 - 4) латерального бледного шара
- #
92. Какой вегетативный узел относится к 1-й ветви тройничного нерва?
- 1) крылонебный.
 - 2) околоушный.
 - 3) ресничный.
 - 4) подчелюстной.
- #
93. Мышечный тонус при поражении центрального двигательного нейрона:
- 1) снижается
 - 2) повышается
 - 3) не изменяется
 - 4) ни один из вариантов
 - 5) гиперкинеза
- #
94. При поражении экстрапирамидной системы возникает:
- 1) акинезия
 - 2) апраксия
 - 3) парезы
 - 4) афазия
- #
95. Поражение мозжечка приводит к нарушению движений в виде:
- 1) пареза
 - 2) брадикинезии
 - 3) атаксии
- #
96. Рефлексы орального автоматизма свидетельствуют о поражении трактов
- 1) кортикоспинальных
 - 2) кортиконуклеарных
 - 3) лобно-мосто-мозжечковых
 - 4) руброспинальных
- #
97. Больной со зрительной агнозией
- 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
- #
98. Для выявления амнестической афазии следует
- 1) проверить устный счет
 - 2) предложить больному назвать окружающие предметы
 - 3) предложить больному прочитать текст
 - 4) убедиться в понимании больным обращенной речи
- #
99. Больной с моторной афазией
- 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
- #
100. Синдром верхней глазничной щели включает поражение
- 1) 3 пары ЧМН
 - 2) 4 и 6 пар ЧМН

- 3) 3,4 и 6 пар ЧМН
- 4) 3,4 6 и 1 ветви 5 пары ЧМН
- 5) 2, 3, 4, 5 и 6 пар ЧМН
- #
101. Биназальная гемианопсия наступает при поражении
 - 1) центральных отделов перекреста зрительных нервов
 - 2) наружных отделов перекреста зрительных нервов
 - 3) зрительной лучистости
 - 4) зрительных трактов#
102. Что такое «фантомные» боли:
 - 1) боли в отсутствующих сегментах конечности (после ампутации)
 - 2) боли распространяющиеся с одной ветви нерва на другие, непосредственно незатронутые
 - 3) приступообразные боли в поясничном отделе позвоночника
 - 4) мучительное ощущение жжения на фоне интенсивных болей#
103. Потеря памяти на события, произошедшие в период травмы носит название:
 - 1) антероретроградная амнезия
 - 2) прогрессирующая амнезия
 - 3) фиксационная амнезия
 - 4) конградная амнезия#
104. Слуховая агнозия наблюдается при поражении:
 - 1) слухового нерва
 - 2) височных долей
 - 3) корковой зоны вернике#
105. Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении
 - 1) зрительного тракта
 - 2) зрительного перекреста
 - 3) зрительной лучистости
 - 4) внутренней капсулы#
106. Для бульбарного синдрома характерно:
 - 1) Повышение глоточных рефлексов
 - 2) насильственный смех и плач
 - 3) дисфагия, дизартрия, дисфония
 - 4) проявление рефлексов орального автоматизма
 - 5) оральная апраксия#
107. Какими симптомами характеризуется синдром Броуна-Секара:
 - 1) гемианестезией поверхностной чувствительности в противоположной очагу конечностях, нарушением
 - 2) чувствительности по сегментарному типу на стороне очага
 - 3) нарушением глубокой чувствительности и двигательными расстройствами на стороне поражения и поверхностной чувствительности на противоположной
 - 4) нарушением глубокой чувствительности при сохранении поверхностной, сенситивной атаксией.
 - 5) болями и расстройствами чувствительности по типу «носков», «перчаток»#
108. Где расположено корковое представительство для проводников поверхностной чувствительности:
 - 1) в передней центральной извилине
 - 2) в задней центральной извилине
 - 3) в коре лобной доли
 - 4) в коре затылочной доли#
109. Центральный парез мышц половины языка возникает при поражении:
 - 1) колена внутренней капсулы на стороне поражения
 - 2) заднего продольного пучка кортиконуклеарного пути на контралатеральной стороне
 - 3) медиальной петли
 - 4) колена внутренней капсулы на контралатеральной стороне
 - 5) путей Флексига#
110. Какой нерв не относится к концевым ветвям 3-й ветви тройничного нерва?
 - 1) Язычный.

- 2) Щечный.
- 3) Нижний альвеолярный.
- 4) Крылонебные ветви.

#

111. Какой вегетативный узел относится к 2-й ветви тройничного нерва?

- 1) Ресничный.
- 2) Крылонебный.
- 3) Околоушный.
- 4) Подъязычный.

#

112. Для периферического (вялого) паралича характерно

- 1) повышение сухожильных рефлексов
- 2) наличие патологических рефлексов
- 3) атрофия мышц
- 4) повышение мышечного тонуса

#

113. Гипотрофия мышц характерна для поражения:

- 1) Центрального двигательного нейрона
- 2) Периферического двигательного нейрона
- 3) Мозжечка

#

114. Битемпоральная гемиянопсия наблюдается при поражении:

- 1) Зрительного тракта
- 2) Медиальной части хиазмы
- 3) Латеральной части хиазмы
- 4) Сетчатки

#

115. Синдром Фостера-Кеннеди бывает при:

- 1) опухолях мозжечка
- 2) опухолях лобной доли
- 3) опухолях теменной доли мозга
- 4) опухолях затылочной доли

#

116. Мышечный тонус при поражении периферического двигательного нейрона:

- 1) Снижается
- 2) Повышается
- 3) Не изменяется
- 4) Ни один из вариантов

#

117. Псевдобульбарный паралич развивается при поражении черепных нервов:

- 1) IX, X, XII
- 2) IX, X, XI
- 3) VIII, IX, X
- 4) V, VII, X

#

118. Кортикальный конец двигательного анализатора расположен в:

- 1) базальных ганглиях
- 2) лобной доли
- 3) прецентральной извилине
- 4) постцентральной извилине

#

119. Проба (верхняя и нижняя) для оценки степени пареза конечностей называется:

- 1) Вернике-Манна
- 2) Барре
- 3) Бабинского
- 4) Ромберга

#

120. Гиперрефлексия указывает на поражение:

- 1) периферического нерва
- 2) спинно-мозгового корешка
- 3) пирамидного тракта
- 4) чувствительного нейрона

#

121. Перекрест пирамидных путей происходит:
1) в коре головного мозга
2) в продолговатом мозге
3) в мосту
4) перекрест отсутствует
#
122. Нарушение понимания сложных логико-грамматических конструкций встречается при афазии:
1) сенсорной
2) моторной
3) амнестической
4) семантической
#
123. Для поражения отводящего нерва (VI) характерно:
1) Симптом Гертвига-Мажанди
2) отсутствие содружественной фотореакции
3) расходящееся косоглазие
4) парез взора вверх
5) ограничение движений глазного яблока кнаружи
#
124. Тройничный нерв (V) иннервирует:
1) мимические мышцы глаза
2) мышцы языка
3) жевательные мышцы
4) кивательные мышцы
5) трапецевидные мышцы
#
125. Симптомом центрального поражения лицевого (VII) нерва является:
1) парез жевательных мышц на стороне поражения
2) изолированное опущение угла рта на стороне поражения
3) изолированное опущение угла рта на контралатеральной стороне
4) гиперакузия
5) парез мышцы, поднимающей верхнее веко
#
126. Для поражения блуждающего нерва не характерны
1) дисфония
2) дисфагия
3) нарушение сердечного ритма
4) нарушение вкуса
#
127. Синдром Фостера - Кеннеди характеризуется
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
#
128. Потеря памяти на события, произошедшие в период травмы носит название:
1) конградная амнезия
2) прогрессирующая амнезия
3) фиксационная амнезия
#
129. Альтернирующий синдром Мийяра-Гюблера возникает при поражении:
1) ядра глазодвигательного нерва (III) и пирамидного пути
2) ядер отводящего, лицевого (VI, VII) нервов и пирамидного пути
3) ядра лицевого нерва (VII) и пирамидного пути
4) ядра подъязычного нерва (XII) и пирамидного пути
5) ядер языкоглоточного и блуждающего (IX, X) нервов и пирамидного пути
#
130. Нормальным слухом считается восприятие шепота с расстояния
1) 2-3 метра
2) 3-4 метра
3) 6-7 метров
4) 10 метров и более
#

131. Зрительный нерв выходит из полости черепа через:
1) большое затылочное отверстие
2) овальное отверстие
3) круглое отверстие
4) канал зрительного нерва
5) верхнюю глазничную щель
#
132. У больной наблюдается приступ побледнения кожных покровов, сопровождающийся тахикардией, подъемом АД, ознобopodobным тремором, гипергидрозом. Как называется приступ?
1) Меньеровский
2) эпилептический
3) симпато-адреналовый
4) кардиалгический
5) вагоинсулярный
#
133. Центральный парез мышц половины языка возникает при поражении:
1) колена внутренней капсулы на стороне поражения
2) заднего продольного пучка кортиконуклеарного пути на контралатеральной стороне
3) медиальной петли
4) колена внутренней капсулы на контралатеральной стороне
5) путей Флексига
#
134. Для выявления конструктивной апраксии следует предложить больному
1) поднять руку
2) коснуться правой рукой левого уха
3) сложить заданную фигуру из спичек
4) выполнить различные движения по подражанию
#
135. Моторная афазия характеризуется:
1) затруднением осуществления собственной речи
2) затруднением понимания чужой речи
3) неузнаванием грамматических характеристик
4) непониманием собственной и чужой речи
#
136. Сочетание сгибательной контрактуры в руке и разгибательной в ноге носит название позы:
1) Кушилевского
2) Ромберга
3) Вернике-Манна
#
137. Акинезия при паркинсонизме не характеризуется:
1) брадикинезией
2) олигокинезией
3) ахейрокинезом
4) дискинезией
#
138. Какой нерв иннервирует и осуществляет секреторную функцию подчелюстной и подъязычной желез?
1) промежуточный.
2) верхнечелюстной.
3) лицевой.
4) тройничный.
#
139. Нормальные рефлексы при поражении центрального двигательного нейрона:
1) Снижаются
2) Повышаются
3) Не изменяются
4) Ни один из вариантов
#
140. Какой нерв не относится к концевым ветвям 3-й ветви тройничного нерва?
1) Язычный.
2) Щечный.
3) Нижний альвеолярный.
4) Крылонебные ветви.
#

141. При поражении языкоглоточного нерва наблюдается
- 1) нарушение вкуса на передних 2/3 языка
 - 2) парез гортани
 - 3) слюнотечение
 - 4) нарушение вкуса на задней 1/3 языка
- #
142. При повреждении наружных участков перекреста зрительных нервов периметрия выявляет
- 1) одностороннюю гомонимную гемианопсию
 - 2) нижнеквадрантную гемианопсию
 - 3) битемпоральную гемианопсию
 - 4) биназальную гемианопсию
 - 5) верхнеквадрантную гемианопсию
- #
143. Цилиоспинальный центр расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне сегментов
- 1) C6-C7
 - 2) C7-C8
 - 3) C8-T2
 - 4) T3-T4
- #
144. В норме учащение пульса при исследовании вегетативных рефлексов вызывает проба
- 1) Ашнера (глазосердечный рефлекс)
 - 2) клиностатическая
 - 3) ортостатическая
 - 4) шейно-сердечная (синокаротидный рефлекс)
- #
145. С какими черепными нервами промежуточный нерв имеет общее вкусовое ядро одиночного пути?
- 1) С языкоглоточным.
 - 2) С блуждающим.
 - 3) С тройничным.
- #
146. Поражение ядра подъязычного нерва от надъядерного поражения отличается наличием
- 1) дизартрии
 - 2) ограничения подвижности языка
 - 3) фибрилляций
 - 4) сопутствующего поражения блуждающего нерва
 - 5) сочетанием с поражением блуждающего нерва
- #
147. Интенционное дрожание и промахивание при выполнении пальце-носовой пробы характерно
- 1) для статической атаксии
 - 2) для динамической атаксии
 - 3) для лобной атаксии
 - 4) для сенситивной атаксии
 - 5) для вестибулярной атаксии
- #
148. Гипотрофия мышц характерна для поражения:
- 1) Центрального двигательного нейрона
 - 2) Периферического двигательного нейрона
 - 3) Мозжечка
- #
149. При поражении тройничного (V) нерва возникает:
- 1) прозопарез
 - 2) нарушение чувствительности кожи лица
 - 3) слезотечение
 - 4) снижение слуха
 - 5) гиперacusия
- #
150. К нервам мостомозжечкового угла относят:
- 1) I и II нервы
 - 2) III, IV, VI черепно-мозговые нервы
 - 3) VII, VIII, VI, V черепно-мозговые нервы
 - 4) IX, X, XI, XII черепно-мозговые нервы
- #
151. Синдромом Аргайла - Робертсона называют

- 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

#

152. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении:

- 1) затылочной доли
- 2) носовых ходов
- 3) височной доли
- 4) теменной доли

#

153. Какие нервные волокна в системе лицевого и промежуточного нервов осуществляют иннервацию подчелюстной и подъязычной слюнных желез?

- 1) Большой каменистый нерв.
- 2) Барабанная струна.
- 3) Стременной нерв.

#

154. Для выявления сенсорной афазии следует

- 1) проверить устный счет
- 2) предложить больному назвать окружающие предметы
- 3) предложить больному прочитать текст
- 4) убедиться в понимании больным обращенной речи

#

155. У больного внезапно развилось сходящееся косоглазие справа и двоение, усиливающееся при взгляде вправо. Функция какого нерва нарушена?

- 1) Тройничного
- 2) Лицевого
- 3) Отводящего
- 4) Глазодвигательного

#

156. Баллизм-это:

- 1) медленные червеобразные гиперкинезы кисти
- 2) бросковые гиперкинезы конечностей
- 3) вращательный гиперкинез туловища
- 4) стереотипное сокращение отдельных групп мышц

#

157. Болезнь Паркинсона может проявиться следующими синдромами:

- 1) хореоатетодным
- 2) акинетико-ригидным
- 3) вестибуло-мозжечковым
- 4) денторубральным
- 5) все ответы правильные

#

158. Паркинсонизм характеризуется:

- 1) брадикинезией
- 2) гемибаллизмом
- 3) торсионной дистонией
- 4) дискинезией

#

159. Для поражения глазодвигательного нерва (III) характерно:

- 1) симптом Белла
- 2) сходящееся косоглазие
- 3) ограничение движений глазного яблока кнаружи
- 4) слезотечение
- 5) расходящееся косоглазие

#

160. Для периферического поражения подъязычного нерва (XII) характерно:

- 1) насильственный плач
- 2) тошнота и рвота
- 3) дисфагия
- 4) девиация языка

5) афазия

#

161. При поражении добавочного нерва (XI) возникает:

- 1) бульбарный синдром
- 2) псевдобульбарный синдром
- 3) феномен Белла
- 4) парез трапециевидной мышцы
- 5) парез шилоглоточной мышцы

#

162. Большой каменистый нерв является ветвью:

- 1) лицевого нерва
- 2) языкоглоточного нерва
- 3) предверно-улиткового нерва
- 4) блуждающего нерва
- 5) тройничного нерва

#

163. Для нейропатии лицевого нерва типично

- 1) птоз
- 2) гипестезия половины лица
- 3) парез мимической мускулатуры половины лица
- 4) расходящееся косоглазие
- 5) нарушение жевания

#

164. Для поражения отводящего нерва (VI) слева характерно:

- 1) отсутствие прямой фотореакции справа
- 2) отсутствие содружественной фотореакции слева
- 3) сходящееся косоглазие слева
- 4) сходящееся косоглазие справа
- 5) ограничение движений глазного яблока кнутри

#

165. Через какое образование ветви V нерва не выходят на лицо?

- 1) надглазничная вырезка
- 2) шило-сосцевидное отверстие
- 3) подглазничное отверстие
- 4) подбородочное отверстие

#

166. К вестибулярному синдрому относится:

- 1) интенсивная, распирающая головная боль
- 2) несистемное головокружение
- 3) атаксия
- 4) апраксия
- 5) снижение брюшных рефлексов

#

167. Альтернирующий синдром Вебера возникает при поражении:

- 1) ядер отводящего, лицевого (VI, VII) нервов и пирамидного пути
- 2) ядра глазодвигательного нерва (III) и пирамидного пути
- 3) ядра лицевого (VII) нерва и пирамидного пути
- 4) ядер языкоглоточного и блуждающего (IX, X) нервов и пирамидного пути

#

168. Лицевой (VII) нерв осуществляет иннервацию всего, кроме:

- 1) мимической мускулатуры
- 2) вкусовой чувствительности на передних 2/3 языка
- 3) стременной мышцы
- 4) мышцы, поднимающей верхнее веко
- 5) слезной и слюнных желез

#

169. Псевдобульбарный синдром возникает при поражении:

- 1) заднего продольного пучка
- 2) медиальной петли
- 3) латеральной петли
- 4) кортиконуклеарных путей с двух сторон
- 5) двигательных ядер IX, X черепных нервов

#

170. Центральный парез мышц половины языка возникает при поражении:
- 1) кортиконуклеарного пути на стороне поражения
 - 2) кортиконуклеарного пути на контралатеральной стороне
 - 3) заднего продольного пучка
 - 4) медиальной петли
 - 5) латеральной петли
- #
171. Через большое затылочное отверстие в полость черепа входит:
- 1) III, IV, VI и V (частично) черепно-мозговые нервы
 - 2) VII, VIII черепно-мозговые нервы
 - 3) IX, X и XI черепно-мозговые нервы
 - 4) только XI черепно-мозговой нерв
 - 5) только XII черепно-мозговой нерв
- #
172. Лицевой (VII) нерв осуществляет иннервацию:
- 1) вкусовой чувствительности на задней $\frac{1}{2}$ языка
 - 2) вкусовой чувствительности на передних $\frac{2}{3}$ языка
 - 3) болевой чувствительности кожи лица
 - 4) болевой чувствительности кожи головы
 - 5) мышц мягкого неба
- #
173. При поражении языкоглоточного нерва наблюдается
- 1) нарушение вкуса на передних $\frac{2}{3}$ языка
 - 2) парез гортани
 - 3) слюнотечение
 - 4) сглаженность носогубной складки
 - 5) нарушение вкуса на задней $\frac{1}{3}$ языка
- #
174. Какой вегетативный узел относится ко 2-й ветви тройничного нерва?
- 1) крылонебный
 - 2) околоушной
 - 3) ресничный
 - 4) подчелюстной
- #
175. Противопоказанием для проведения магнитно-резонансной томографии является
- 1) аллергия к йоду
 - 2) открытая черепно-мозговая травма
 - 3) выраженная внутричерепная гипертензия
 - 4) наличие инородных металлических тел
- #
176. Противопоказанием для проведения компьютерной томографии является
- 1) беременность
 - 2) открытая черепно-мозговая травма
 - 3) выраженная внутричерепная гипертензия
 - 4) наличие инородных металлических тел
- #
177. При ЭХО-ЭГ исследуются:
- 1) суммарное сопротивление мозговой ткани электрическому току
 - 2) биоэлектрическая активность мозга
 - 3) отраженный ультразвуковой сигнал от срединных структур головного мозга
 - 4) биоэлектрическая активность мышечной ткани
 - 5) вызванные потенциалы головного мозга
- #
178. Эхо-энцефалоскопия наиболее информативна при локализации опухоли
- 1) в височной доле
 - 2) в задней черепной ямке
 - 3) в стволе мозга
 - 4) в затылочной доле
- #
179. Какие наиболее информативные исследования применяются для диагностики менингитов:
- 1) исследования ликвора
 - 2) ЭЭГ
 - 3) ЭМГ

- 4) ангиография
- 5) рентгенодиагностика
- #
- 180. Кровь в ликворе наблюдается при:
 - 1) менингите
 - 2) люмбоишалгии
 - 3) субарахноидальном кровоизлиянии
 - 4) инфаркте мозга#
- 181. Компьютерная томография мозга противопоказана, если у больного с поражением головного мозга
 - 1) диагностирован инфаркт миокарда
 - 2) появились признаки поражения ствола
 - 3) бессознательное состояние
 - 4) лучевая болезнь#
- 182. Решающее значение в диагностике менингита имеет
 - 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#
- 183. К преходящим нарушениям мозгового кровообращения относятся
 - 1) транзиторные ишемические атаки
 - 2) субарахноидальное кровоизлияние
 - 3) геморрагический инсульт
 - 4) малый инсульт
 - 5) ишемический инсульт#
- 184. Ликвор при геморрагическом инсульте:
 - 1) кровянистый
 - 2) опалесцирующий
 - 3) бесцветный
 - 4) мутный#
- 185. Быстрый темп утраты сознания, резкое нарушение дыхания, повышение артериального давления, брадикардия,
 - 1) багрово-цианотичный цвет лица, гормения более всего характерны для
 - 2) эмболического ишемического инсульта
 - 3) субарахноидального кровоизлияния
 - 4) паренхиматозного кровоизлияния
 - 5) абсцесса мозга
 - 6) вентрикулярного кровоизлияния#
- 186. Антиагрегантными свойствами обладают все перечисленные препараты, кроме
 - 1) ацетилсалициловой кислоты (аспирина)
 - 2) пентоксифиллина
 - 3) пирацетама
 - 4) клонидина (клофелина)
 - 5) индометацина#
- 187. Диагноз преходящего нарушения мозгового кровообращения устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу не позднее
 - 1) 1 суток
 - 2) 1 недели
 - 3) 2 недель
 - 4) 3 недель
 - 5) 1 месяца#
- 188. Антиагрегантными свойствами обладает следующий препарат
 - 1) ацетилсалициловой кислоты (аспирина)
 - 2) карбамазепин
 - 3) лидокаин

- 4) викасол
- 5) аминокaproновая кислота
- #
- 189. К преходящим нарушениям мозгового кровообращения относятся
 - 1) транзиторные ишемические атаки
 - 2) субарахноидальное кровоизлияние
 - 3) геморрагический инсульт
 - 4) малый инсульт
 - 5) ишемический инсульт
- #
- 190. По данным КТ головного мозга определение ишемического инсульта наиболее затруднено:
 - 1) В первые сутки после развития инсульта
 - 2) Через неделю после развития инсульта
 - 3) Через 1 месяц после развития инсульта
 - 4) Через год после развития инсульта
- #
- 191. Продолжительность «терапевтического окна» при ишемическом инсульте
 - 1) 12 часов
 - 2) 24 часа
 - 3) 5-10 часов
 - 4) 3-6 часов
 - 5) 2 часа
- #
- 192. При субарахноидальном кровоизлиянии не следует применять
 - 1) анальгетики
 - 2) антифибринолитики
 - 3) блокаторы кальциевых каналов
 - 4) спазмолитики
 - 5) антигипертензивные средства
- #
- 193. Ликвор при геморрагическом инсульте:
 - 1) кровянистый
 - 2) опалесцирующий
 - 3) бесцветный
 - 4) мутный
- #
- 194. В патогенезе ишемического инсульта играет роль
 - 1) разрыв сосуда головного мозга
 - 2) закупорка мозгового сосуда
 - 3) изменение состава электролитов крови
 - 4) повышение проницаемости сосудистой стенки
- #
- 195. Положительные диагностические признаки субарахноидального кровоизлияния могут быть получены:
 - 1) при люмбальной пункции
 - 2) при доплерографии
 - 3) при рентгенографии черепа
 - 4) при реоэнцефалографии
- #
- 196. Препаратом выбора при герпетическом энцефалите является
 - 1) ганцикловир
 - 2) фоскарнет
 - 3) ацикловир
 - 4) пенициллин
 - 5) преднизолон
- #
- 197. Серозные менингиты могут вызывать следующие возбудители за исключением:
 - 1) энтеровирусов
 - 2) вируса лимфоцитарного хориоменингита
 - 3) пневмококка
 - 4) микобактерии туберкулеза
 - 5) бледной трепонемы
- #

198. Нарушение статики и походки при спинной сухотке обусловлено
- 1) вялыми параличами ног
 - 2) мозжечковой атаксией
 - 3) сенситивной атаксией
 - 4) снижением зрения при табетической атрофии зрительных нервов
 - 5) табетической артропатией
- #
199. Наиболее эффективным методом лечения полирадикулонейропатии Гийена-Барре является:
- 1) назначение цитостатиков
 - 2) плазмаферез
 - 3) назначение антибиотиков
 - 4) назначение нестероидных противовоспалительных препаратов
 - 5) назначение антихолинэстеразных препаратов
- #
200. При отстаивании ликвора больного туберкулезным менингитом через 12-24 ч может быть обнаружена
- 1) опалесценция
 - 2) фибриновая пленка
 - 3) ксантохромия
 - 4) осадок эритроцитов
- #
201. Первой мерой помощи на месте приступа больному с эпилептическим статусом является
- 1) бережная иммобилизация головы
 - 2) иммобилизация конечностей
 - 3) введение воздуховода в ротоглотку
 - 4) дача ингаляционного наркоза с закисью азота
- #
202. Давление спинномозговой жидкости 360 мм. вод. ст. Ликвор мутный. Цитоз 2416 преимущественно за счёт
- 1) нейтрофилов, количество белка 2,96 г/л. Для какой патологии характерно изменение ликвора?
 - 2) серозный менингит
 - 3) энцефалит
 - 4) туберкулёзный менингит
 - 5) гнойный менингит
 - 6) полирадикулоневрит
- #
203. Основным звеном в патогенезе болезни Паркинсона является дегенерация:
- 1) скорлупы
 - 2) хвостатого ядра
 - 3) черной субстанции
 - 4) мозжечка
- #
204. К демиелинизирующим относится полинейропатия
- 1) Гийена - Барре
 - 2) диабетическая
 - 3) порфиридная
 - 4) гипотиреоидная
- #
205. Для полинейропатии Гийена - Барре характерно все, кроме
- 1) поражение черепных нервов
 - 2) расстройств чувствительности
 - 3) стойкая двусторонняя пирамидная симптоматика
 - 4) белково-клеточная диссоциация в ликворе
 - 5) восходящий тип развития симптоматики
- #
206. Синдром полинейропатии проявляется:
- 1) слабостью дистальных отделов конечностей;
 - 2) расстройством чувствительности в дистальных отделах конечностей;
 - 3) вегетативными нарушениями в кистях и стопах;
 - 4) всем перечисленным;
 - 5) все ответы неправильные
- #
207. Для полного травматического разрыва периферического нерва характерны
- 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
- #
208. Невралгия — это
- 1) воспаление нерва
 - 2) повреждение нерва
 - 3) боль по ходу нерва
 - 4) атрофия нерва
- #
209. Наиболее эффективным методом лечения полирадикулонейропатии Гийена-Барре является:
- 1) назначение цитостатиков
 - 2) плазмаферез
 - 3) назначение кортикостероидов
 - 4) назначение нестероидных противовоспалительных препаратов
 - 5) назначение антихолинэстеразных препаратов
- #
210. При шейном остеохондрозе чаще поражается артерия
- 1) основная
 - 2) позвоночная
 - 3) внутренняя сонная
 - 4) наружная сонная
 - 5) затылочная
- #
211. Этиологическими факторами идиопатической эпилепсии является
- 1) генная мутация
 - 2) родовая травма
 - 3) гемолитическая болезнь новорожденных
 - 4) черепно-мозговая травма
 - 5) нарушение электролитного баланса
- #
212. Выберите противосудорожные препараты:
- 1) препараты вальпроевой кислоты (депакин)
 - 2) кавинтон
 - 3) стугерон
 - 4) преднизолон
 - 5) прозерин
- #
213. К противосудорожным препаратам не относятся:
- 1) фенobarбитал
 - 2) бензонал
 - 3) допамин
 - 4) финлепсин
 - 5) дифенин
- #
214. Первой мерой помощи на месте приступа больному с эпилептическим статусом является
- 1) бережная иммобилизация головы
 - 2) иммобилизация конечностей
 - 3) введение воздуховода в ротоглотку
 - 4) дача ингаляционного наркоза с закисью азота
- #
215. Клоническая фаза генерализованного эпилептического припадка:
- 1) продолжается 1-5 мин
 - 2) сочетается с ясным сознанием больного
 - 3) сопровождается резким сужением зрачка
 - 4) никогда не сопровождается непроизвольным мочеиспусканием
 - 5) сопровождается громким криком или стоном
- #
216. Больной оперирован в стоматологическом отделении по поводу кисты околоушной слюнной железы справа, после чего у пациента возникли следующие симптомы: не может собрать в складку лобную мышцу, имеется редкое мигание, слезотечение из правого глаза, веки не смыкаются, сглажена правая носогубная складка, симптом «ракетки» справа. Какой нерв пострадал вследствие хирургического вмешательства?

- 1) Нижнеглазничный.
 - 2) Лицевой.
 - 3) Глазодвигательный.
 - 4) Тройничный
 - #
217. Лагофтальм, симптом ресниц, сглаженность лобных и носогубных складок, опущение угла рта на пораженной стороне характерны для:
- 1) энцефалита
 - 2) неврита лицевого нерва
 - 3) неврита отводящего нерва
 - 4) инфаркта мозга
 - #
218. Наиболее эффективным методом патогенетической терапии невралгии тройничного нерва является назначение
- 1) анальгетиков
 - 2) спазмолитиков
 - 3) противосудорожных средств
 - 4) нейролептиков
 - 5) ничего из перечисленного
 - #
219. Характерными для больных невралгией тройничного нерва являются жалобы:
- 1) на постоянные ноющие боли, захватывающие половину лица
 - 2) на короткие пароксизмы интенсивной боли, провоцирующиеся легким прикосновением к лицу
 - 3) на приступы нарастающей по интенсивности боли в области глаза, челюсти, зубов, сопровождающиеся усиленным слезо- и слюноотечением
 - 4) на длительные боли в области орбиты, угла глаза, сопровождающиеся нарушением остроты зрения
 - #
220. Гемианоптический дефект поля зрения при ауре офтальмической мигрени наступает в результате дисциркуляции
- 1) области
 - 2) сетчатой оболочки глаза
 - 3) зрительного тракта
 - 4) лучистого венца
 - 5) коры затылочной доли
 - #
221. У больного увеличены слюнные железы, сухость слизистых оболочек, затруднение жевания и глотания. Определить синдром.
- 1) Синдром Мельксона—Розенталя.
 - 2) Синдром Сладера.
 - 3) Синдром Шегрена.
 - 4) Синдром Ханта.
 - #
222. Какой симптом не характерен для синдрома Шегрена?
- 1) паротит.
 - 2) кератоконъюнктивит.
 - 3) стоматит.
 - 4) парез мимических мышц.
 - #
223. Для нейропатии тройничного нерва характерны
- 1) снижение корнеального рефлекса
 - 2) нарушение вкуса на задней трети языка
 - 3) гипалгезия во внутренней зоне Зельдера
 - 4) гипертрофия жевательной мускулатуры
 - 5) паралич мимической мускулатуры
 - #
224. Больной утром после сна заметил припухлость губ, слизистой рта. Через несколько часов «перекосило лицо», появилась болезненность и затруднение движения языка. При обследовании выявлено: отек губ, языка, периферический парез лицевого нерва. Определить синдром?
- 1) Синдром Сладера.
 - 2) Симптом Квинке
 - 3) Синдром Шегрена.
 - 4) Синдром Мельксона—Розенталя
 - #

225. Больной обратился к врачу с жалобами на боли в правом глазном яблоке, слезотечение, покраснение глаза. В области кожи лба герпетические высыпания. Глазное яблоко при пальпации болезненно. Определить синдром.
- 1) Синдром Оппенгейма, поражение ресничного узла
 - 2) Синдром Чарлина, невралгия носоресничного нерва
 - 3) Синдром Ханта, невралгия узла колена
 - 4) Синдром Сладера, поражение крылонебного узла
- #
226. Во время приступа мигрени наиболее эффективны:
- 1) НПВС
 - 2) антидепрессанты
 - 3) эрготаминсодержащие препараты
 - 4) сосудорасширяющие средства
 - 5) бета-адреноблокаторы
- #
227. При невралгии тройничного нерва для купирования приступа какой препарат следует выбрать?
- 1) Анальгин.
 - 2) Карбамазепин.
 - 3) Витамин В12.
 - 4) Сульфадимитоксин.
- #
228. Определить какой симптом будет постоянным при невралгии узла колена, синдроме Ханта?
- 1) периферический парез лицевого нерва.
 - 2) герпетические высыпания в области ушной раковины.
 - 3) снижение слуха.
 - 4) гемикраниалгия.
- #
229. У больного внезапно развилась следующая неврологическая симптоматика в правой половине лица: больной не может поднять бровь, зажмурить глаз, надуть щеку, открыть рот в полном объеме, имеется слезотечение справа. Функция какого нерва нарушена?
- 1) тройничного.
 - 2) лицевого.
 - 3) языкоглоточного.
 - 4) глазодвигательного
- #
230. Определить уровень поражения лицевого нерва, если у больного выявляется слева сухость глаза, симптом Белла, сглаженность носогубной складки, нарушение вкуса на передних 2/3 языка, лагофтальм, гипераккузия.
- 1) область околоушной слюнной железы.
 - 2) внутренняя капсула.
 - 3) ствол мозга.
 - 4) канал лицевого нерва.
- #
231. Определить какой симптом будет постоянным при невралгии узла колена, синдроме Ханта?
- 1) периферический парез лицевого нерва.
 - 2) герпетические высыпания в области ушной раковины.
 - 3) снижение слуха.
 - 4) гемикраниалгия.
- #
232. У больного приступы болей в области корня языка, распространяющиеся на мягкое небо, горло, ухо. Приступы провоцируются движениями языка, приемом горячей пищи, слюна на стороне боли более вязкая. При пальпации болезненность в области угла нижней челюсти на одноименной стороне. Определить синдром.
- 1) невралгия нижнечелюстного нерва.
 - 2) невралгия тройничного нерва.
 - 3) невралгия языкоглоточного нерва.
 - 4) невралгия верхнегортанного нерва.
- #
233. Больного беспокоят приступообразные боли в височной области слева, кпереди от наружного слухового прохода, боль иррадирует в нижнюю челюсть, зубы, шею. Определить синдром.
- 1) синдром крылонебного узла.
 - 2) поражение ушного узла.
 - 3) невралгия ушно-височного нерва.

- 4) поражение ресничного узла.
#
234. У больного отмечаются боли в области виска, внутри уха, передней стенки наружного слухового прохода, в области височно-нижнечелюстного сустава. В околоушной области — покраснение кожи и капельки пота. Усиленное слюноотделение. Определить синдром.
- 1) невралгия ушно-височного нерва.
 - 2) поражение височно-нижнечелюстного сустава.
 - 3) поражение ушного узла.
 - 4) невралгия носоресничного нерва (синдром чарлина).
- #
235. Какой симптом не характерен для синдрома Мелькерсона—Розенталя?
- 1) парез лицевого нерва по периферическому типу
 - 2) гранулематозный глоссит.
 - 3) отек губ.
 - 4) герпетические высыпания в области щек и верхней губы.
- #
236. Какие структуры заинтересованы при синдроме Мелькерсона—Розенталя?
- 1) кора головного мозга.
 - 2) подкорковые структуры
 - 3) гипоталамус.
 - 4) ствол мозга.
- #
237. Больному под местной анестезией (ультракаин 2 мл) удален зуб. Спустя 15 минут у него развился отек Квинке. Для оказания помощи какой препарат ему не нужно было вводить?
- 1) Преднизолон.
 - 2) Супрастин.
 - 3) Пенициллин.
 - 4) Кордиамин.
- #
238. Больного беспокоят приступообразные боли в височной области слева, кпереди от наружного слухового прохода, боль иррадирует в нижнюю челюсть, зубы, шею. Определить синдром.
- 1) Поражение ушного узла.
 - 2) Невралгия ушно-височного нерва.
 - 3) Поражение ресничного узла.
- #
239. Какой симптом не характерен для синдрома Шегрена?
- 1) паротит.
 - 2) кератоконъюнктивит.
 - 3) стоматит.
 - 4) парез мимических мышц.
- #
240. Наиболее частой причиной односторонних болей в лице, сопровождающихся выраженной вегетативной симптоматикой, является
- 1) носоресничная невралгия
 - 2) крылонебная невралгия
 - 3) невралгия большого каменистого нерва
 - 4) пучковые (кластерные) головные боли
 - 5) невралгия тройничного нерва
- #
241. Выберите средство для лечения мигрени из ниже перечисленных:
- 1) анальгин
 - 2) баралгин
 - 3) индометацин
 - 4) суматриптан
- #
242. Определить какой симптом будет постоянным при невралгии узла коленца, синдроме Ханта?
- 1) периферический парез лицевого нерва
 - 2) герпетические высыпания в области ушной раковины
 - 3) снижение слуха
 - 4) гемикраниалгия
- #

243. После операции по поводу кисты дна полости рта у больного возникли боли в корне языка, язык отклоняется в сторону поражения и имеется незначительная атрофия мышц языка на стороне поражения. Какой нерв пострадал вследствие хирургического вмешательства?
- 1) Возвратный.
 - 2) Язычный.
 - 3) Подъязычный.
 - 4) Языкоглоточный.
- #
244. Для купирования приступа мигрени наиболее эффективны препараты
- 1) эрготамина
 - 2) анальгетики
 - 3) антигистаминовые
 - 4) противосудорожные
- #
245. Ночные боли в челюстно-лицевой области характерны:
- 1) Для невралгии тройничного нерва.
 - 2) Для острого пульпита.
 - 3) Для среднего кариеса.
 - 4) Невралгии узла коленца (Синдром Ханта).
- #
246. У больного приступообразные боли в области глазного яблока. Во время приступа отмечается покраснение
- 1) конъюнктивы глаза, слезотечение, светобоязнь, обильное выделение носового секрета. Определить синдром.
 - 2) Невралгия носоресничного нерва (синдром Чарлина).
 - 3) Поражение ресничного узла (синдром Оппенгейма).
 - 4) Невралгия узла коленца (синдром Ханта).
 - 5) Поражение крылонебного узла (Синдром Сладера).
- #
247. У больного увеличены слюнные железы, сухость слизистых оболочек, затруднение жевания и глотания. Определить синдром.
- 1) Синдром Мелькерсона- Розенталя
 - 2) Синдром Сладера
 - 3) Синдром Шегрена
 - 4) Синдром Ханта
- #
248. Для нейропатии добавочного нерва характерны
- 1) атрофия мышц кисти
 - 2) затруднение глотания
 - 3) затруднение поворота головы в противоположную сторону
 - 4) затруднение поворота головы в свою сторону
- #
249. Укажите основные симптомы невралгии тройничного нерва.
- 1) боль в области лица
 - 2) отёк в области лица
 - 3) косоглазие
 - 4) лагофтальм
- #
250. Для классической невралгии тройничного нерва характерны
- 1) перманентный болевой синдром
 - 2) гипалгезии на лице в области иннервации II и III ветвей V нерва 3 курковые зоны на лице
 - 3) психомоторное возбуждение во время приступа
- #
251. Для невралгии языкоглоточного нерва характерно:
- 1) приступы стреляющих болей в корне языка и миндалинах
 - 2) приступы стреляющих болей в ухе
 - 3) наличие курковых зон на лице
 - 4) нарушение глотания
 - 5) дизартрия
- #
252. Определить какой симптом будет постоянным при невралгии узла коленца, синдроме Ханта?
- 1) Периферический парез лицевого нерва.
 - 2) Герпетические высыпания в области ушной раковины.

3) Снижение слуха.

4) Гемикраниалгия.

#

253. Наиболее эффективным методом патогенетической терапии невралгии тройничного нерва является назначение

1) анальгетиков

2) спазмолитиков

3) противосудорожных средств

4) нейролептиков

5) ничего из перечисленного

#

254. Для лечения посттравматической головной боли, обусловленной внутричерепной гипертензией, назначают все, кроме

1) центральные антигипертензивные средства

2) осмотические диуретики

3) глицерин

4) салуретики

#

255. Сотрясение головного мозга в сочетании с повреждением мягких тканей относится к черепно-мозговой травме легкой открытой

1) легкой закрытой

2) открытой средней тяжести

3) закрытой средней тяжести

#

256. Необходимым условием начала лечения больного с тяжелой черепно-мозговой травмой является

1) введение в вену кардиотонических средств

2) введение в вену антигипертензивных средств

3) освобождение дыхательных путей от инородных тел

4) иммобилизация шейного отдела позвоночника

#

257. Для лечения внутричерепной гипертензии при острой тяжелой черепно-мозговой травме применяют все, кроме

1) осмотические диуретики

2) глюкокортикоидные препараты

3) салуретики

4) 40% раствор глюкозы

#

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

1) легкой открытой

2) легкой закрытой

3) открытой средней тяжести

4) закрытой средней тяжести

#

259. Согласно современной классификации черепно-мозговой травмы не выделяют

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

#

260. Проникающей называют черепно-мозговую травму

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

#

261. Развитие при черепно-мозговой травме гемипареза свидетельствует

1) о сотрясении головного мозга

2) об ушибе мозга

3) о внутричерепной гипертензии

4) о субарахноидальном кровоизлиянии

#

262. Какой метод исследования наиболее информативен в острой стадии черепно-мозговой травмы?
- 1) КТ
 - 2) ЭЭГ
 - 3) ангиография
 - 4) исследование глазного дна
- #
263. Наиболее постоянными очаговыми симптомами при эпидуральной гематоме являются
- 1) сужение зрачка на стороне гематомы
 - 2) расширение зрачка на противоположной стороне
 - 3) гемипарез на стороне гематомы
 - 4) гемипарез на противоположной стороне
- #
264. Характерные диагностические признаки субдуральной гематомы получают
- 1) при компьютерной томографии
 - 2) при электроэнцефалографии
 - 3) при спондилографии
 - 4) при реоэнцефалографии
 - 5) при краниографии
- #
265. Необходимым условием начала лечения больного с тяжелой черепно-мозговой травмой является
- 1) введение в вену кардиотонических средств
 - 2) введение в вену антигипертензивных средств
 - 3) освобождение дыхательных путей от инородных тел
 - 4) иммобилизация шейного отдела позвоночника
- #
266. Для лечения внутричерепной гипертензии при острой тяжелой черепно-мозговой травме применяют все, кроме
- 1) осмотические диуретики
 - 2) глюкокортикоидные препараты
 - 3) салуретики
 - 4) 40% раствор глюкозы
- #
267. Развитие при черепно-мозговой травме гемипареза свидетельствует
- 1) о сотрясении головного мозга
 - 2) об ушибе мозга
 - 3) о внутричерепной гипертензии
 - 4) о субарахноидальном кровоизлиянии
- #
268. К открытой черепно-мозговой травме относится травма
- 1) с ушибленной раной мягких тканей без повреждения апоневроза
 - 2) с переломом костей черепа, повреждением апоневроза
 - 3) с переломом костей свода черепа без повреждения апоневроза
 - 4) с переломом костей основания черепа без ликвореи
- #
269. Для опухоли премоторной области лобной доли характерны
- 1) гемипарез с преобладанием в ноге
 - 2) моторная афазия
 - 3) адверсивные эпилептические припадки
 - 4) атрофия зрительного нерва на стороне опухоли
 - 5) аносмия
- #
270. У мужчины 40 лет появились непроизвольные подергивания левой кисти с быстрым распространением на всю руку, а затем на всю левую половину туловища. Назовите тип припадков:
- 1) генерализованный тонико-клонический
 - 2) абсанс
 - 3) джексоновский
 - 4) парциальный
 - 5) миоклонический
- #
271. Опухоль гипофиза, сдавливая хиазму, вызывает развитие:
- 1) биназальной гемианопсии
 - 2) битемпоральной гемианопсии
 - 3) гомонимной гемианопсии

4) слепоты на один глаз

#

272. Наиболее часто встречаются невриномы нерва

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

#

273. Неврит слухового и лицевого нервов, мозжечковая симптоматика на стороне поражения и гемипарез на

- 1) противоположной стороне наблюдаются:
- 2) при опухоли мозжечка
- 3) сингубульбии
- 4) при опухоли лобной доли
- 5) при опухоли мосто-мозжечкового угла
- 6) при опухоли височной доли

#

274. Адверсивные судорожные приступы с насильственным поворотом головы в здоровую сторону чаще наступают

- 1) при локализации опухоли в следующей доле мозга
- 2) лобной
- 3) теменной
- 4) височной
- 5) затылочной

#

Блок D

ЗАДАНИЯ ДЛЯ РУБЕЖНОГО КОНТРОЛЯ

1. Укажите, какие признаки характерны для нарушения кровоснабжения в бассейне передней мозговой артерии:
 - а) моноплегия
 - б) гемианопсия
 - в) апраксия левой руки
 - г) зрительная агнозия
 - д) хватательный рефлекс
2. На что может указать смещение М-эхо в сторону при ЧМТ, кроме:
 - а) сотрясение
 - б) субдуральная гематома
 - в) эпидуральная гематома
 - г) сдавление
3. На что может указывать симптом "очков" появившийся через 2-3 суток после черепно-мозговой травмы:
 - а) перелом основания черепа
 - б) перелом костей носа
 - в) ушиб мягких тканей глаза
 - г) эпидуральную гематому
 - д) субдуральную гематому
4. Какие симптомы относятся к общемозговым:
 - а) анисокория
 - б) нистагм
 - в) застой соска зрительного нерва
 - г) рвота
5. Что является характерным симптомом для опухолей мозжечка:
 - а) эпилептиформные приступы
 - б) шаткость походки
 - в) нистагм
 - г) головокружение
 - д) афазия
6. Смещение М-Эхо на 3,5 мм в сторону на ЭхоЭГ и бессосудистая зона на церебральной ангиографии характерно для:
 - а) ушиба
 - б) гематомы
 - в) сотрясения
 - г) субарахноидального кровоизлияния
 - д) каротидно-кавернозного соустья
7. Методы лечения применяемые при опухолях головного мозга:
 - а) консервативное
 - б) хирургическое
 - в) лучевое
 - г) химиотерапия
 - д) комбинированное
8. Какие из перечисленных симптомов характерны для церебрального атеросклероза I и II степени?
 - а) шум в ушах, голове
 - б) дизартрия
 - в) снижение памяти
 - г) головокружение
 - д) гемипарез
 - е) нарушение функций тазовых органов
9. Сроки госпитализации при сотрясении головного мозга:
 - а) до 25 суток
 - б) 3 недели
 - в) 7-10 дней
 - г) свыше 40 дней
 - д) 2-3 суток
10. Перелом основания черепа диагностируется:
 - а) рентгенографически
 - б) ликворологически
 - в) клинически
 - г) компьютерная томография
 - д) комплексно всеми методами
11. Внутричерепная гипертензия обуславливает появление:
 - а) очаговых симптомов
 - б) общемозговых симптомов
 - в) менингеальных симптомов
 - г) симптомов натяжения
 - д) патологических симптомов

12. Какие из перечисленных признаков характерны для острого периода кровоизлияния в мозг?
- а) внезапное начало
 - б) днем, после физического и психического напряжения
 - в) предвестники
 - г) быстрое развитие очаговых симптомов
 - д) коматозное состояние
13. Патоморфологические изменения при ушибе мозга:
- а) петехиальные кровоизлияния
 - б) обширные кровоизлияния
 - в) массивные кровоизлияния с образованием мозгового детрита
14. Анизокория, гемипарез, наличие примеси крови в ликворе, брадикардия характерно для:
- а) сотрясения
 - б) гематома
 - в) ушиба головного мозга
15. Какие опухоли относятся к супратенториальной группе:
- а) опухоли лобной доли
 - б) опухоли мозжечка
 - в) опухоли 4 желудочка
 - г) опухоли мосто-мозжечкового угла
 - д) кранио-вертебральные опухоли
16. Укажите, какие признаки характерны для нарушения кровоснабжения в бассейне средней мозговой артерии:
- а) гемиплегия или гемипарез
 - б) моноплегия или монопарез ноги
 - в) моторная афазия
 - г) астереогноз
 - д) апраксия
17. На основании каких рентгенологических признаках диагностируется перелом основания черепа:
- а) симптом "молния"
 - б) симптом двуконтурности
 - в) симптом Арана
 - г) на снимке признаков нет, диагностика на основании клинических симптомов
 - д) симптом "прозрачности"
18. Для какой ЧМТ характерны очаговые (джексоновские) судорожные приступы через 10 суток после травмы:
- а) субарахноидальная гематома
 - б) ушиб головного мозга
 - в) сотрясение головного мозга
19. Какие из перечисленных признаков характерны для острого периода кровоизлияния в мозг?
- а) внезапное начало
 - б) днем после физического или психического напряжения
 - в) предвестники
 - г) быстрое развитие очаговых симптомов
 - д) коматозное состояние
20. Анизокория характерна:
- а) субарахноидального кровоизлияния
 - б) внутрижелудочкового кровоизлияния
 - в) внутричерепных гематом
 - г) ушиба головного мозга
 - д) опухоли головного мозга
21. Светлый промежуток при эпидуральной гематомы равен:
- а) 2 недели
 - б) до 3-х суток
 - в) 6-12 часов
22. Как классифицируется компрессионно-оскольчатый перелом свода черепа без повреждения мягких тканей:
- а) закрытая
 - б) открытая
 - в) проникающая
 - г) непроникающая
23. Какие из перечисленных симптомов характерны для поражения каротидного бассейна?
- а) гемипарез
 - б) анизорефлексия
 - в) системное головокружение
 - г) парестезия в одноименных конечностях
 - д) адинамия
 - е) зрительное расстройство
24. Светлый промежуток при хронической субдуральной гематоме равен:
- а) 15 дней
 - б) 10 дней
 - в) до 3-х суток

25. Что является характерным для опухоли гипофиза:
а) гомонимная гемианопсия
б) битемпоральная гемианопсия
в) биназальная гемианопсия
26. При исследовании спинномозговой жидкости для опухолей характерно:
а) плеоцитоз
б) кровь
в) белково-клеточная диссоциация
27. Назовите показания к хирургическому лечению геморрагического инсульта
а) прогрессирующее ухудшение состояния больного и появление дислокационных симптомов
б) кровоизлияние в мозжечок
в) менингеальные симптомы
г) эпилептический статус
28. Диагностические мероприятия при внутричерепных гематомах в неспециализированных отделениях (общее хирургическое отделение):
а) неврологический осмотр, люмбальная пункция, наложение фрезевых отверстий
б) осмотр глазного дна, динамическое наблюдение.
29. Какие изменения глазного дна возникают при опухолях головного мозга:
а) атрофия зрительного нерва
б) застойные соски
в) отслойка сетчатки
30. Перечислите основные признаки субарахноидального кровоизлияния.
а) общемозговые симптомы
б) белково-клеточная диссоциация
в) гемипарезы
г) моторная афазия
31. Является ли люмбальная пункция окончательным диагностическим мероприятием при субарахноидальном кровоизлиянии:
а) да
б) нет
32. Ретроградная амнезия, астения, нистагм характерны для какой степени тяжести ЧМТ:
а) ушиб
б) сотрясение
в) гематома
33. Какие из перечисленных симптомов характерны для инсульта у больных в состоянии комы?
а) моно или гемипарез
б) анизорефлексия
в) симптом «паруса»
г) парестезия в одноименных конечностях
д) отсутствие реакции на болевой раздражитель
34. Какие пробы применяют для выявления частичной или полной блокады субарахноидального кровоизлияния:
а) проба Зимницкого
б) проба Стука
в) проба Ничипуренко
г) проба Минора
д) проба Манту
35. Дополнительные нейрохирургические методы исследования при внутричерепных гематомах:
а) вентрикулография, цистернография
б) Эхо-ЭС, ЭЭГ, АГ, наложение фрезевых отверстий
в) ЭМГ, РЭГ
г) компьютерная томография

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И (ИЛИ) ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

ОПИСАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И КРИТЕРИЕВ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ, ОПИСАНИЕ ШКАЛ ОЦЕНИВАНИЯ

Неврология, нейрохирургия (промежуточная аттестация 8 семестр)

Вопросы для проверки уровня обученности "ЗНАТЬ":

Проводится в виде бланочного тестирования, 5 вариантов по 100 вопросов:

Тесты для проведения промежуточной аттестации студентов СД.

Задания для проверки уровня обученности "УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ":

1. Выяснить жалобы, собрать анамнез у больного с заболеванием нервной системы.
2. Исследовать и оценить состояние нервной системы.
3. Выявить неврологические симптомы и синдромы, установить топический диагноз, поставить предварительный клинический диагноз.
4. Интерпретировать результаты клинических и дополнительных методов исследования.
5. Поставить клинический диагноз при основных заболеваниях нервной системы с отражением этиологии, топика, течения, характера и степени нарушенных функций.
6. Оказать неотложную медицинскую помощь при выявлении у больных ургентной неврологической патологии.
7. Осуществить профилактику основных неврологических заболеваний.

ВИДЫ КОНТРОЛЯ И АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Пример задачи

У больного определяется снижение силы в руках, снижение сухожильных рефлексов и мышечного тонуса, фибриллярные и фасцикулярные подергивания мышц плечевого пояса, движения ног не нарушены. Как называется двигательный синдром? Какие образования поражены?

Эталон ответа к ситуационной задаче

Периферический парапарез. Поражение передних рогов спинного мозга на уровне сегментов С4-С6.

Указания к оцениванию ситуационных задач (в %)

- Решение правильное и полное, включающее все приведенные выше элементы с теоретическим обоснованием и схематическим изображением /85-100.
- Решение правильное, не полное, нет теоретического обоснования ответа / 70-84.
- Решение неполное, включает один из приведенных выше элементов / 60-69.
- Все элементы записаны неверно / 0-59.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
ФОРМА		20
1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-10
2	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также внутри частей	0-10
СОДЕРЖАНИЕ		60
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.)	0-20
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-20
ДОКЛАД		20
1	Правильность и точность речи во время защиты	0-5
2	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-10
3	Выполнение регламента	0-5
Всего баллов		100

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА

	Минимальный ответ - 0-59%	Изложенный, раскрытый ответ - 60-69 %	Законченный полный ответ – 70- 84 %	Образцовый, примерный, достойный подражания ответ - 85-100 %	оценка
Раскрытие проблемы	Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы	Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны или выводы не обоснованы	Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны или обоснованы.	Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы сделаны.	
Представление	Представляемая информация логически не связана.	Представляемая инфо- рмация не- систематизирована и не последовательна.	Представляемая информация систематизирована и последовательна.	Представляемая информация систематизирована, последовательна и логически связана.	
Оформление	Не соблюдены условия оформления реферата. Больше 4 ошибок в представляемой информации	3-4 ошибки в представляемой инф- ормации	Не более 2-х ошибок в представляемой информации	Отсутствуют ошибки в представленной информации	
Ответы на Вопросы	Нет ответов на вопросы	Только ответы на элементарные вопросы	Ответы на вопросы полные или частично полные.	Ответы на вопросы полные с приведением примеров и пояснений	
Итоговая оценка	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично	

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРЕЗЕНТАЦИИ

	Минимальный ответ - 0-59%	Изложенный, раскрытый ответ - 60-69 %	Законченный полный ответ – 69- 84 %	Образцовый, примерный, достойный подражания ответ - 85-100 %	оценка
Раскрытие проблемы	Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы	Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны или выводы не обоснованы	Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны или обоснованы.	Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы сделаны.	
Представление	Представляемая информация логически не связана. Не использованы профессиональные термины.	Представляемая информация не систематизирована и не последовательна. Использован 1-2 профессиональных термина	Представляемая информация систематизирована и последовательна. Использовано более 2-х профессиональных терминов.	Представляемая информация систематизирована, последовательна и логически связана. Использовано более 5 профессиональных терминов.	
Оформление	Не использованы информационные технологии	Использованы информационные технологии	Использованы информационные технологии	Широко использованы информационные	

	(PowerPoint). Больше 4 ошибок в представляемой информации	(PowerPoint) частично. 3-4 ошибки в представляемой информации	(PowerPoint). Не более 2-х ошибок в представляемой информации	технологии (PowerPoint). Отсутствуют ошибки в представленной информации	
Ответы на вопросы	Нет ответов на вопросы	Только ответы на элементарные вопросы	Ответы на вопросы полные или частично полные.	Ответы на вопросы полные с приведением примеров и пояснений	
Итоговая оценка	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично	

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТОВ (промежуточный контроль – «ЗНАТЬ»):

«Отлично» - 85-100 % правильных ответов

«Хорошо» - 70-84 % правильных ответов

«Удовлетворительно» - 60-69% правильных ответов

«Неудовлетворительно» - менее 60% правильных ответ

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ АНАЛИТИЧЕСКИХ И ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ (промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

Устный опрос

При оценке устного опроса учитываются следующие критерии:

1. Знание основных разделов общей и частной неврологии.
2. Глубина и полнота раскрытия вопроса.
3. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
4. Умение объяснить, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
5. Владение логичностью и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные дополнительные вопросы.

Оценка устных и письменных ответов на проверку уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в %)

Отметкой **(85-100)** оценивается ответ, который изложен логически правильно в доступной форме соответственно терминологии применяемый в неврологии, а также в целом в медицине. Студент показывает отличные знания этиологии и патогенезе неврологических заболеваний; способен выделить неврологические симптомы и синдромы, поставить топический и клинический диагноз; знает особенности клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза неврологических заболеваний.

Отметкой **(70-84)** 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.

Отметкой **(60-69)** оценивается ответ, который показывает средние знания в вопросах общей и частной неврологии, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза неврологических заболеваний,

средние знания о этиологии и патогенезе неврологических заболеваниях; слабо разбирается в вопросах постановки топического и клинического диагнозов. Дает не полный ответ или не ориентируется по 3 вышеперечисленным элементам.

Отметкой **(0-59)** оценивается ответ, который показывает крайне слабые знания в вопросах общей и частной неврологии. Студент не ориентируется в вопросах этиологии, патогенеза, особенностях клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза различных неврологических заболеваниях, допускает серьезные ошибки в содержании ответа. Демонстрирует не понимание проблемы. Требования, предъявляемые к заданию, не выполняет.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ (в %)

Отметкой **(85-100)** оценивается правильное выполнение методики неврологического осмотра пациента, студент называет способы исследования, демонстрирует методику исследования, дает четкие инструкции при проведении проб, соблюдает этические-деонтологические принципы и индивидуальный подход к пациенту.

Отметкой **(70-84)** оценивается правильное выполнение методики неврологического осмотра пациента, студент дает не полное название способов исследования, демонстрирует методику исследования, дает не четкие инструкции при проведении проб, соблюдает этические-деонтологические принципы и индивидуальный подход к пациенту.

Отметкой **(60-69)** оценивается выполнение методики неврологического осмотра пациента, студент дает не полное название способов исследования, при демонстрации методики исследования допускает неточности, затрудняется давать инструкции пациенту при проведении проб, соблюдает этические-деонтологические принципы.

Отметка **(0-59)** выставляется при не проведении методики неврологического осмотра пациента, студент не называет способы исследования, не может продемонстрировать методику исследования, затрудняется давать инструкции пациенту при проведении проб, отсутствует индивидуальный подход к пациенту.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (в %)

Отметкой **(85-100)** оценивается история, написанная согласно представленной схеме. Есть обоснование топического, предварительного и клинического диагноза, проведен дифференциальный диагноз. План обследования соответствует поставленному диагнозу. Выбрано медикаментозное и немедикаментозное индивидуальное лечение. Определен прогноз течения заболевания.

Отметкой **(70-84)** оценивается история, написанная согласно представленной схеме, обоснованы топический, предварительный и клинический диагнозы, проведен не полный дифференциальный диагноз. План обследования не включает все возможные методики обследования. Назначена общая схема лечения заболевания. Определен прогноз течения заболевания.

Отметкой **(60-69)** оценивается история, написанная согласно представленной схеме, нет обоснования топического диагноза, сформулированы предварительный и клинический диагнозы, проведен не полный дифференциальный диагноз. План обследования не включает все возможные методики обследования. Назначена общая схема лечения заболевания.

Отметкой (0-59) оценивается история, написанная не по схеме, нет обоснования топического диагноза, не сформулированы предварительный и клинический диагнозы, не проведен дифференциальный диагноз. План обследования не включает все возможные методики обследования. Схема лечения не соответствует данному заболеванию.