

УТВЕРЖДАЮ
Декан медицинского факультета
Зарифьян А.Г.

26.06.



Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики**
Учебный план **31050150_18_13лд.rtf.xml**
31.05.01. Лечебное дело

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **6 ЗЕТ**


Часов по учебному плану **216**
в том числе:
аудиторные занятия **144**
самостоятельная работа **54**
экзамены **18**


Виды контроля в семестрах:
экзамены **8**
зачеты **7**


Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс> <Семестр на курсе>)	7 (4.1)		8 (4.2)		Итого	
	Неделя		18			
Вид занятий	уп	рпд	уп	рпд	уп	рпд
Лекции	36	36	18	18	54	54
Практические	54	54	36	36	90	90
В том числе пнт.	7	7			7	7
Итого ауд.	90	90	54	54	144	144
Контактная работа	90	90	54	54	144	144
Сам. работа	18	18	36	36	54	54
Часы на контроль			18	18	18	18
Итого	108	108	108	108	216	216

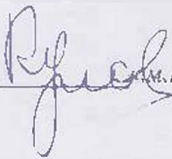
Программу составил(и):


к.м.н., доцент Мусабекова Т.О. 

к.м.н., доцент Василенко В.В. 

к.м.н. Андрианова Е.В. 

Рецензент(ы):

д.м.н., профессор Кулов Б.Б. 

д.м.н., доцент Джайлобаева К.А. 

Рабочая программа дисциплины

Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по направлению подготовки 31.05.01

Лечебное дело (уровень специалитета) (приказ Минобрнауки России от 09.02.2016 №95)

составлена на основании учебного плана:

31.05.01. Лечебное дело

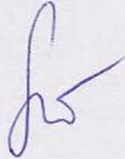
утвержденного учёным советом вуза от 26_06_18 протокола № 12

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

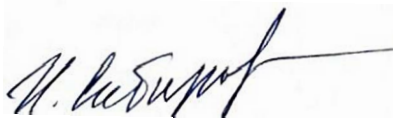
Протокол от 21.05. 2018 г. № 10

Срок действия программы: 2018-2024 уч.г.

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

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

4. 09. 2019 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры **Неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики**

Протокол от 27.08. 2019 г. № 1

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

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС

 2020 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры **Неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики**

Протокол от 2020 г. №

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

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

 2021 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2021-2022 учебном году на заседании кафедры **Неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики**

Протокол от 2021 г. №

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

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

 2022 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2022-2023 учебном году на заседании кафедры **Неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики**

Протокол от 2022 г. №

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

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Обучение студентов умению неврологического обследования и выявлению симптомов поражения нервной системы, умению объединять симптомы в синдромы и ставить топический диагноз;
1.2	Получение студентом знаний об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечении, профилактике основных заболеваний нервной системы;
1.3	Формирование у студентов клинического неврологического мышления, способность самостоятельно поставить диагноз наиболее часто встречающихся неврологических заболеваний, провести лечение неотложных неврологических состояний и профилактику заболеваний нервной системы;
1.4	Создание у студентов определенного запаса теоретических знаний и практических навыков по неврологии, необходимых врачу при его работе с пациентами с нарушениями функций нервной системы.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:		Б1.Б
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:	
2.1.1	Патологическая анатомия	
2.1.2	Общая хирургия	
2.1.3	Пропедевтика психических расстройств	
2.1.4	Эпидемиология	
2.1.5	Пропедевтика внутренних болезней	
2.1.6	Фармакология	
2.1.7	Биохимия	
2.1.8	Микробиология, вирусология	
2.1.9	Нормальная физиология	
2.1.10	Гистология, эмбриология, цитология	
2.1.11	Биология	
2.1.12	Латинский язык	
2.1.13	Патофизиология, клиническая патофизиология	
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:	
2.2.1	Акушерство и гинекология	
2.2.2	Профессиональные болезни	
2.2.3	Психиатрия, медицинская психология	
2.2.4	Урология	
2.2.5	Эндокринология	
2.2.6	Госпитальная терапия	
2.2.7	Госпитальная хирургия	
2.2.8	Инфекционные болезни	
2.2.9	Клиническая фармакология	
2.2.10	Клиническая биохимия	
2.2.11	Оториноларингология	
2.2.12	Офтальмология	
2.2.13	Педиатрия	
2.2.14	Травматология, ортопедия	
2.2.15	Геронтология	
2.2.16	Онкология, лучевая терапия	
2.2.17	Поликлиническая терапия	
2.2.18	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия	
2.2.19	Медицинская реабилитация	
2.2.20	Судебная медицина	

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

ПК-5: готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	
Знать:	
Уровень 1	1. Особенности сбора жалоб и анамнеза у неврологических больных. 2. Методику неврологического обследования. 3. Основные клинические симптомы и синдромы часто встречающихся неврологических заболеваний. 4. Дополнительные методы диагностики часто встречающихся неврологических заболеваний.
Уровень 2	1. Факторы риска возникновения неврологических заболеваний у взрослого населения. 2. Этиопатогенез, клиническую картину и диагностику часто встречающихся неврологических заболеваний.
Уровень 3	1. Топическую диагностику поражений нервной системы. 2. Показания и противопоказания к проведению дополнительных методов исследования.
Уметь:	
Уровень 1	1. Собирать жалобы, анамнез у неврологических больных. 2. Составить модель родословной для семей, имеющих наследственные заболевания нервной системы. 3. Исследовать неврологический статус.
Уровень 2	1. Определить неврологические синдромы при неврологических заболеваниях. 2. Определить показания и противопоказания для выбора дополнительных методов исследования.
Уровень 3	1. Поставить топический диагноз. 2. Провести комплексное медицинское обследование с целью подтверждения неврологического диагноза.
Владеть:	
Уровень 1	1. Навыками сбора жалоб пациента и данных его анамнеза. 2. Медицинской этикой и деонтологией. 3. Методикой неврологического осмотра. 4. Навыками назначения необходимых лабораторных и инструментальных методов обследования для диагностики часто встречающихся неврологических заболеваний.
Уровень 2	1. Навыками постановки топического диагноза. 2. Навыками интерпретации основных лабораторных и рентгенологических методов обследования.
Уровень 3	1. Навыками оформления истории болезни неврологического больного. 2. Навыками обоснования предварительного неврологического диагноза.
ПК-6: способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра	
Знать:	
Уровень 1	Неврологические симптомы, синдромы заболеваний, основных нозологических форм в соответствии с МКБ.
Уровень 2	Алгоритм постановки топического, клинического диагнозов.
Уровень 3	Дополнительные методы исследования при заболеваниях нервной системы.
Уметь:	
Уровень 1	Выделять неврологические симптомы и синдромы при основных неврологических заболеваниях.
Уровень 2	Выявить нозологическую форму основных неврологических заболеваний.
Уровень 3	Обосновать основные неврологические заболевания.
Владеть:	
Уровень 1	Навыками формирования неврологических синдромов, нозологических форм в соответствии с МКБ.
Уровень 2	Навыками проведения дифференциального диагноза основных неврологических заболеваний.
Уровень 3	Навыками интерпретации результатов дополнительных методов обследования при основных неврологических заболеваниях.
ПК-8: способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	
Знать:	
Уровень 1	Тактику ведения неврологических больных при основных заболеваниях.
Уровень 2	Особенности лечения основных неврологических заболеваний.
Уровень 3	Лечение, профилактику и реабилитацию неврологических больных, оказание помощи при неотложных состояниях.
Уметь:	
Уровень 1	Обосновать принципы лечения больных с основными неврологическими заболеваниями.
Уровень 2	Определить основные виды и методы лечения больных с неврологической патологией.
Уровень 3	Определить профилактические мероприятия и реабилитацию при неврологических заболеваниях.
Владеть:	
Уровень 1	Принципами лечения основных неврологических заболеваний.

Уровень 2	Алгоритмом лечения, профилактики и реабилитации неврологических больных.
Уровень 3	Навыками оказания помощи больным при неврологической патологии в разных возрастных группах.
ПК-11: готовностью к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	
Знать:	
Уровень 1	Виды неотложной помощи в неврологии.
Уровень 2	Алгоритм оказания помощи при неотложных состояниях в неврологии.
Уровень 3	Особенности лечения неотложных состояний в неврологии.
Уметь:	
Уровень 1	Определить тактику неотложной помощи в неврологии.
Уровень 2	Использовать алгоритм оказания неотложных мероприятий в неврологии.
Уровень 3	Определить лечение больных при неотложных состояниях в неврологии.
Владеть:	
Уровень 1	Принципами оказания неотложной помощи в неврологии.
Уровень 2	Алгоритмом оказания помощи при неотложных состояниях в неврологии в разных возрастных группах.
Уровень 3	Навыками оказания неотложной помощи больным при ургентной неврологической патологии.

ПК-16: готовностью к просветительской деятельности по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни	
Знать:	
Уровень 1	Виды профилактики основных неврологических заболеваний.
Уровень 2	Способы и методы профилактики основных неврологических заболеваний.
Уровень 3	Комплексы профилактических мероприятий при основных неврологических заболеваниях.
Уметь:	
Уровень 1	Выявлять факторы риска основных неврологических заболеваний.
Уровень 2	Определять необходимые профилактические мероприятия при основных неврологических заболеваниях.
Уровень 3	Составлять для больных индивидуальный план комплексной профилактики основных неврологических заболеваний.
Владеть:	
Уровень 1	Способами выявления факторов риска основных неврологических заболеваний.
Уровень 2	Навыками определения профилактических мероприятий при основных неврологических заболеваниях.
Уровень 3	Навыками этапного проведения профилактических мероприятий при основных неврологических заболеваниях.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	Особенности сбора жалоб и анамнеза у неврологических больных.
3.1.2	Методику неврологического обследования.
3.1.3	Основные клинические симптомы и синдромы часто встречающихся неврологических заболеваний.
3.1.4	Дополнительные методы диагностики часто встречающихся неврологических заболеваний.
3.1.5	Факторы риска возникновения неврологических заболеваний у взрослого населения.
3.1.6	Этиопатогенез, клиническую картину и диагностику часто встречающихся неврологических заболеваний.
3.1.7	Топическую диагностику поражений нервной системы.
3.1.8	Показания и противопоказания к проведению дополнительных методов исследования.
3.1.9	Неврологические симптомы, синдромы заболеваний, основных нозологических форм в соответствии с МКБ.
3.1.10	Алгоритм постановки топического, клинического диагнозов.
3.1.11	Дополнительные методы исследования при заболеваниях нервной системы.
3.1.12	Тактику ведения неврологических больных при основных заболеваниях.
3.1.13	Особенности лечения основных неврологических заболеваний.
3.1.14	Лечение, профилактику и реабилитацию неврологических больных, оказание помощи при неотложных состояниях.
3.1.15	Виды неотложной помощи в неврологии.
3.1.16	Алгоритм оказания помощи при неотложных состояниях в неврологии.
3.1.17	Особенности лечения неотложных состояний в неврологии.

3.1.18	Виды профилактики основных неврологических заболеваний.
3.1.19	Способы и методы профилактики основных неврологических заболеваний.
3.1.20	Комплексы профилактических мероприятий при основных неврологических заболеваниях.
3.2	Уметь:
3.2.1	Собирать жалобы, анамнез у неврологических больных.
3.2.2	Составить модель родословной для семей, имеющих наследственные заболевания нервной системы.
3.2.3	Исследовать неврологический статус.
3.2.4	Определить неврологические синдромы при неврологических заболеваниях.
3.2.5	Определить показания и противопоказания для выбора дополнительных методов исследования.
3.2.6	Поставить топический диагноз.
3.2.7	Провести комплексное медицинское обследование с целью подтверждения неврологического диагноза.
3.2.8	Выделять неврологические симптомы и синдромы при основных неврологических заболеваниях.
3.2.9	Выявить нозологическую форму основных неврологических заболеваний.
3.2.10	Обосновать основные неврологические заболевания.
3.2.11	Обосновать принципы лечения больных с основными неврологическими заболеваниями.
3.2.12	Определить основные виды и методы лечения больных с неврологической патологией.
3.2.13	Определить профилактические мероприятия и реабилитацию при неврологических заболеваниях.
3.2.14	Определить тактику неотложной помощи в неврологии.
3.2.15	Использовать алгоритм оказания неотложных мероприятий в неврологии.
3.2.16	Определить лечение больных при неотложных состояниях в неврологии.
3.2.17	Выявлять факторы риска основных неврологических заболеваний.
3.2.18	Определять необходимые профилактические мероприятия при основных неврологических заболеваниях.
3.2.19	Составлять для больных индивидуальный план комплексной профилактики основных неврологических заболеваний.
3.3	Владеть:
3.3.1	Навыками сбора жалоб пациента и данных его анамнеза.
3.3.2	Медицинской этикой и деонтологией.
3.3.3	Методикой неврологического осмотра.
3.3.4	Навыками назначения необходимых лабораторных и инструментальных методов обследования для диагностики часто встречающихся неврологических заболеваний.
3.3.5	Навыками постановки топического диагноза.
3.3.6	Навыками интерпретации основных лабораторных и рентгенологических методов обследования.
3.3.7	Навыками оформления истории болезни неврологического больного.
3.3.8	Навыками обоснования предварительного неврологического диагноза.
3.3.9	Навыками формирования неврологических синдромов, нозологических форм в соответствии с МКБ.
3.3.10	Навыками проведения дифференциального диагноза основных неврологических заболеваний.
3.3.11	Навыками интерпретации результатов дополнительных методов обследования при основных неврологических заболеваниях.
3.3.12	Принципами лечения основных неврологических заболеваний.
3.3.13	Алгоритмом лечения, профилактики и реабилитации неврологических больных.
3.3.14	Навыками оказания помощи больным при неврологической патологии в разных возрастных группах.
3.3.15	Принципами оказания неотложной помощи в неврологии.
3.3.16	Алгоритмом оказания помощи при неотложных состояниях в неврологии в разных возрастных группах.
3.3.17	Навыками оказания неотложной помощи больным при ургентной неврологической патологии.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел I. Общая неврология						

1.1	Предмет, методы и структура невропатологии. Некоторые вопросы структурно-функциональной организации нервной системы. /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.7 Л2.9 Л3.4 Л3.8 Э1 Э2	0	
1.2	Пирамидная система и ее патология: нормальные и патологические рефлексы; центральный и периферический параличи. Топическая диагностика двигательных нарушений. Экстрапирамидная система, мозжечок, координация движений. Синдромы поражения. /Пр/	7	8	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л3.4 Л3.8 Э1 Э2	1	Интерактивные методы обучения. Обучение с элементами НИРС.
1.3	Освоение методики исследования двигательной сферы. /Ср/	7	3	ПК-5	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л3.4 Л3.8 Э1 Э14	0	
1.4	Основные виды чувствительности и типы расстройства чувствительности. Топическая диагностика чувствительных нарушений. Болевые точки, менингеальные знаки и симптомы натяжения. /Пр/	7	4	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л3.4 Л3.8 Э1 Э2	0	
1.5	Освоение методики исследования чувствительной сферы. /Ср/	7	1	ПК-5	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л3.4 Л3.8 Э12 Э13 Э14	0	
1.6	Нарушения сна и бодрствования. Головная боль. /Лек/	7	4	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л3.4 Л3.8 Э2 Э14	0	
1.7	Методика обследования I - XII пар черепно-мозговых нервов. Синдромы поражения. Альтернирующие синдромы. /Пр/	7	8	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л3.4 Л3.8 Э2 Э14	1	Интерактивные методы обучения. Обучение с элементами НИРС
1.8	Освоение методики исследования черепно-мозговых нервов. /Ср/	7	4	ПК-5	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л3.4 Л3.8 Э1 Э14	0	
1.9	Вегетативная нервная система и современные представления о ее функционировании. Синдромы поражения: вегетативная дистония, гипоталамический синдром. /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л3.4 Л3.8 Э2 Э14	0	
1.10	Синдром вегетодистонии. Гипоталамический синдром. Периферическая вегетативная недостаточность. Тазовые расстройства. Методы обследования. Высшие мозговые функции. Синдромы поражения отдельных долей головного мозга. /Пр/	7	4	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л3.4 Л3.8 Э3 Э5 Э14	1	Интерактивные методы обучения. Обучение с элементами НИРС.

1.11	Освоение методики исследования вегетативной нервной системы, высшей нервной деятельности. /Ср/	7	2	ПК-5	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л3.4 Л3.5 Л3.8 Э1	0	
	Раздел 2. Частная неврология. Цереброваскулярные заболевания и инфекционные заболевания нервной системы.						
2.1	Доинсультные формы цереброваскулярных заболеваний (дисциркуляторная энцефалопатия, преходящие нарушения мозгового кровообращения). Мозговые инсульты, современные представления о патогенезе, клинические формы острых нарушений мозгового кровообращения. /Лек/	7	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-11 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.9 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.8 Э10	0	
2.2	Острые и хронические нарушения мозгового кровообращения. Преходящие нарушения мозгового кровообращения: церебральные гипертонические кризы, транзиторные ишемические атаки. Мозговые инсульты. Дисциркуляторная энцефалопатия. Сосудистые заболевания спинного мозга. /Пр/	7	6	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-11 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.9 Л2.2 Л3.3 Л3.5 Л3.4 Л3.8 Э1 Э4	1	Интерактивные методы обучения. Обучение с элементами НИРС
2.3	Современные подходы к лечению и профилактике инсульта. /Ср/	7	2	ПК-8 ПК-11 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л3.3 Л3.5 Л3.4 Л3.8	0	
2.4	Менингиты – серозные и гнойные, современное течение, диагностика и тактика лечения. Ликвор и его диагностическое значение /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.9 Л3.4 Л3.8 Э4	0	
2.5	Менингиты (серозные и гнойные). Миелит. Полиомиелит. /Пр/	7	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.7 Л2.9 Л3.4 Л3.8 Э4 Э7	1	Интерактивные методы обучения. Обучение с элементами НИРС
2.6	Особенности лечения серозных и гнойных менингитов. /Ср/	7	1	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л3.4 Л3.8 Э1	0	
2.7	Нейроинфекции: энцефалиты (клещевой, эпидемический, поствакцинальный, герпетический), нейроревматизм, нейросифилис, нейробруцеллез, нейроСПИД. /Лек/	7	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л3.4 Л3.8 Э4 Э5 Э7	0	
2.8	Энцефалиты (клещевой, эпидемический, поствакцинальный). Арахноидит. Нейроревматизм, нейробруцеллез, нейроСПИД, нейросифилис. /Пр/	7	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л3.4 Л3.8 Э9	1	Интерактивные методы обучения. Обучение с элементами НИРС.

2.9	Принципы лечения нейроинфекционных заболеваний. /Ср/	7	1	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л3.4 Л3.8 Э2	0	
2.10	Дополнительные методы обследования, показания и противопоказания к проведению: 1)люмбальная пункция и ликвородинамические пробы; 2)глазное дно; 3)рентгенологические методы: краниограмма, спондилограмма, миелография, пневмоэнцефалография, вентрикулография; 4)нейровизуализация: КТ, МРТ, ангиография; 5)ультразвуковые методы: эхоэнцефалограмма, нейросонография, УЗИ сосудов шеи и головы - дуплексное исследование, транскраниальная доплерография, УЗИ периферических нервов; 6)электрофизиологические исследования: электроэнцефалограмма, электронейромиография. /Пр/	7	4	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л3.4 Л3.8 Э1 Э2	1	Интерактивные методы обучения. Обучение с элементами НИРС.
	Раздел 3. Частная неврология. Демиелинизирующие заболевания, заболевания периферической нервной системы.						
3.1	Миастения, миастенический и холинергические кризы. /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-11	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л3.1 Л3.4 Л3.7 Л3.8 Э2	0	
3.2	Миастения миастенический и холинергические кризы. /Пр/	7	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-11	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л3.1 Л3.4 Л3.8 Э2	0	
3.3	Демиелинизирующие заболевания нервной системы (рассеянный склероз, лейкоэнцефалиты), современные критерии диагностики. /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л3.4 Л3.8 Э2	0	
3.4	Демиелинизирующие заболевания (рассеянный склероз, лейкоэнцефалиты). /Пр/	7	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л3.1 Л3.4 Л3.8 Э2 Э14	0	
3.5	Принципы лечения демиелинизирующих заболеваний. /Ср/	7	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л3.4 Л3.7 Л3.8 Э2 Э14	0	

3.6	Заболевания периферической нервной системы. Нейропатии, невралгии, полирадикулонейропатии, современные методы лечения. Неврологические проявления дегенеративных заболеваний позвоночника. /Лек/	7	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.7 Л3.4 Л3.8 Э1 Э2	0	
3.7	Полинейропатии, особенности диабетической, алкогольной, свинцовой, дифтерийной и при ботулизме. Острая полинейропатия Гийена–Барре. /Пр/	7	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.7 Л3.4 Л3.8 Э1 Э2 Э13 Э14	0	
3.8	Заболевания периферической нервной системы: туннельные синдромы, невралгии, нейропатии лицевого, срединного, лучевого, локтевого, седалищного, большеберцового и малоберцового нервов. Неврологические проявления дегенеративных заболеваний позвоночника (ирритативно-рефлекторные, миофасциальные, корешковые синдромы). /Пр/	7	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5 Л2.3 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.7 Л3.4 Л3.7 Л3.8 Э1 Э9 Э10 Э11	0	
3.9	Неврологические проявления дегенеративных заболеваний позвоночника, рентгенодиагностика. /Ср/	7	1,7	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.3 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.7 Л2.9 Л3.4 Л3.8 Э1 Э14	0	
3.10	/КрТО/	7	0,3	ПК-6 ПК-5	Л1.2 Л1.5 Л2.4 Л2.2 Л3.4 Л3.8 Э1 Э4	0	
3.11	/Зачёт/	7	0	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-11 ПК-16	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л3.4 Л3.8	0	
	Раздел 4. Частная неврология. Эпилепсия, детский церебральный паралич.						
4.1	Курация больных. /Пр/	8	4	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л3.4 Л3.7 Л3.8 Э1	0	
4.2	Эпилепсия, классификация. Судорожные синдромы. /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-11	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л3.4 Л3.6 Л3.8 Э1	0	
4.3	Эпилепсия. Эпилептический статус. Судорожные состояния у детей. Тактика лечения. Эклампсия. Неврозы, виды, принципы лечения. /Пр/	8	6	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-11	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л3.4 Л3.6 Л3.8 Э1	0	

4.4	Эпилепсия. Видео - ЭЭГ мониторинг /Ср/	8	2	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л3.4 Л3.6 Л3.8 Э4 Э5 Э8 Э9	0	
4.5	Перинатальная энцефалопатия. Детский церебральный паралич. /Пр/	8	2	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л3.4 Л3.8 Э1 Э9 Э10	0	
4.6	Принципы лечения больных с ДЦП. /Ср/	8	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л3.4 Л3.8 Э1 Э10	0	
Раздел 5. Медицинская генетика							
5.1	Общие принципы генодиагностики. Проблемы генетической гетерогенности и классификация наследственных заболеваний нервной системы. Медико-генетическое консультирование в неврологии. /Лек/	8	2	ПК-5	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.8 Л3.4 Л3.8 Э2 Э11 Э12 Э14	0	
5.2	Клинико-генеалогический метод. Цитогенетический метод. Методы пренатальной диагностики. /Пр/	8	2	ПК-5	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.8 Л3.4 Л3.8 Э2 Э5	0	
5.3	Инвазивные и неинвазивные методы пренатальной диагностики. ДНК-диагностика наследственных заболеваний. Методы генной инженерии на службе диагностики и лечения нервных заболеваний. /Ср/	8	2	ПК-5	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.8 Л3.4 Л3.8 Э1 Э12 Э14	0	
5.4	Пороки развития нервной системы (микроцефалия, краниостеноз, сирингомиелия, спинно-мозговые грыжи, порэнцефалия), диагностика, принципы лечения. /Лек/	8	2	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.8 Л3.4 Л3.8 Э5 Э13 Э14	0	
5.5	Пороки развития нервной системы (микроцефалия, краниостеноз, сирингомиелия, спинно-мозговые грыжи, порэнцефалия). /Пр/	8	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.8 Л3.4 Л3.8 Э3 Э11 Э14	0	
5.6	Хромосомные болезни (болезнь Дауна, Шерешевского-Тернера, Кляйнфельтера). Диагностика. /Лек/	8	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.8 Л3.4 Л3.8 Э2 Э14	0	

5.7	Наследственные заболевания с преимущественным поражением пирамидной и мозжечковой систем (семейный боковой амиотрофический склероз, болезнь Штрюмпеля, болезнь Верднига-Гоффманна, невральная амиотрофия Шарко-Мари, болезнь Фридрейха), диагностика, тактика лечения. /Лек/	8	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.8 Л3.4 Л3.8 Э2	0	
5.8	Наследственные заболевания с преимущественным поражением пирамидной и мозжечковой систем (семейный боковой амиотрофический склероз, болезнь Штрюмпеля, невральная амиотрофия Шарко-Мари, болезнь Верднига - Гоффманна, болезнь Фридрейха). /Пр/	8	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.8 Л3.4 Л3.8 Э5	0	
5.9	Наследственные заболевания с преимущественным вовлечением экстрапирамидной системы: хорей Гентингтона, торсионная дистония, гепатоцеребральная дистрофия (болезнь Вильсона Коновалова), паркинсонизм, диагностика, лечение. /Лек/	8	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.8 Л3.4 Л3.8 Э5	0	
5.10	Наследственные заболевания с преимущественным вовлечением экстрапирамидной системы: хорей Гентингтона, торсионная дистония, гепатоцеребральная дистрофия (болезнь Вильсона Коновалова), паркинсонизм. /Пр/	8	2	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.8 Л3.4 Л3.8 Э5 Э12 Э14	0	
5.11	Наследственные нервно-мышечные болезни (болезнь Дюшенна, плече-лопаточная форма Ландузи-Дежерина, миотоническая дистрофия, болезнь Томсона). Диагностика, лечение. Пароксизмальная миоплегия. /Лек/	8	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-11	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.8 Л3.4 Л3.8 Э5 Э11 Э14	0	
5.12	Наследственные нервно-мышечные болезни (болезнь Дюшенна, плече-лопаточная форма Ландузи-Дежерина, миотоническая дистрофия, болезнь Томсона), пароксизмальная миоплегия. /Пр/	8	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-11	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.8 Л3.4 Л3.8 Э5 Э14	0	
5.13	Нарушение обмена липидов, углеводов, аминокислот (липидозы, галактоземия, фенилкетонурия). Диагностика, лечение. Митохондриальные энцефалопатии. Диагностика, лечение. Факоматозы (нейрофиброматоз, туберозный склероз, атаксия-телеангиоэктазия). Пероксисомные заболевания. Диагностика. /Лек/	8	6	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.8 Л3.4 Л3.8 Э5 Э10 Э11	0	
5.14	Нарушение обмена липидов, углеводов, аминокислот (липидозы, галактоземия, фенилкетонурия). Факоматозы (нейрофиброматоз). /Пр/	8	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.8 Л3.4 Л3.8 Э5	0	

5.15	Наследственные болезни обмена. /Ср/	8	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.8 Л3.4 Л3.8 Э1	0	
5.16	Письменная работа по родословной (с защитой). /Ср/	8	2	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.8 Л3.4 Л3.8 Э2 Э14	0	
Раздел 6. Нейрохирургия							
6.1	Предмет и задачи нейрохирургии. Методы обследования нейрохирургических больных. /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л3.4 Л3.8 Э12 Э14	0	
6.2	Черепно-мозговая травма (сотрясение, ушиб, сдавление). /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л3.4 Л3.8 Э12 Э14	0	
6.3	Черепно-мозговая и спинальная травма. /Пр/	8	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.9 Л3.4 Л3.8 Э12 Э14	0	
6.4	Современные методы лечения черепно-мозговой травмы. /Ср/	8	2	ПК-8	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л3.4 Л3.8 Э1 Э14	0	
6.5	Диагностика опухолей и опухолевидных образований головного мозга. Хирургическое лечение. /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.9 Л3.4 Л3.8 Э12 Э14	0	
6.6	Диагностика опухолей и опухолевидных образований спинного мозга. Хирургическое лечение. /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л3.4 Л3.8 Э11 Э14	0	
6.7	Опухоли головного и спинного мозга. /Пр/	8	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л3.4 Л3.8 Э12 Э14	0	
6.8	Нейровизуализационные методы диагностики опухолей головного и спинного мозга. /Ср/	8	2	ПК-5	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.9 Л3.4 Л3.8 Э11	0	

6.9	Оформление истории болезни с ее защитой . /Ср/	8	22	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-16	Л1.2 Л1.1 Л1.3 Л1.5 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л3.4 Л3.8 Э2 Э14	0	
6.10	/КрЭж/	8	0,5	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-11 ПК-16	Л1.5 Л2.2 Л3.8 Л3.4 Э2 Э13 Э14	0	
6.11	/Экзамен/	8	17,5	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л3.4 Л3.8 Э13 Э14	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия (промежуточная аттестация 7-8 семестр)

Вопросы для проверки уровня обученности "ЗНАТЬ":

Проводится в виде бланчного тестирования, 5 вариантов по 100 вопросов: см. Приложение №1. Тесты для проведения промежуточной аттестации студентов ЛД (700шт)

Задания для проверки уровня обученности "УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ":

У курируемого пациента необходимо:

1. Собрать жалобы, 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, топического диагноза, течения, характера и степени нарушенных функций.
6. Оказать неотложную медицинскую помощь при выявлении у больных ургентной неврологической патологии.
7. Осуществить профилактику основных неврологических заболеваний.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Курсовая работа не предусмотрена.

5.3. Фонд оценочных средств

Тест (Приложение №1).

Ситуационные задачи (Приложение №2).

Доклад (Приложение №3).

Реферат (Приложение №4).

Контрольная работа (Приложение №5).

Презентация (Приложение №3).

Практические навыки (Приложение №5а).

История болезни (Приложение №8).

5.4. Перечень видов оценочных средств

Тест.

Ситуационные задачи.

Доклад.

Реферат.

Контрольная работа.

Презентация.

Практические навыки.

История болезни.

Шкалы оценивания по видам оценочных средств в Приложение №6

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

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
--	---------------------	----------	-------------------

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Одинак М. М.	Нервные болезни : учебник	М. Медицина 2014
Л1.2	Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И.	Неврология и нейрохирургия: учебное пособие	Москва: ГЭОТАР-Медиа 2015
Л1.3	Михайленко А.А.	Клиническая неврология (семиотика и топическая диагностика): учебное пособие	СПб. : Фолиант 2014
Л1.4	В.Н. Горбунова [и др.]	Клиническая генетика : учебник	СПб. : Фолиант 2015
Л1.5	Кузьмина, Т. В.	Нервные болезни : учебное пособие	Саратов : Ай Пи Эр Медиа, 2019.
6.1.2. Дополнительная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Триумфов А.В	Топическая диагностика заболеваний нервной системы: учебник	МЕДпресс-информ" 2014
Л2.2	Мументалер М.	Дифференциальный диагноз в неврологии : учебное пособие	МЕДпресс-информ 2014
Л2.3	Пономарев В В.	Нейродегенеративные заболевания: монография	Фолиант, 2013
Л2.4	Скоромец А. А., Скоромец А. П., Скоромец Т. А.	Топическая диагностика заболеваний нервной системы: руководство для врачей	Спб. 2010
Л2.5	Скоромец А.А, Скоромец А.П, Скоромец Т.А.	Нервные болезни: учебное пособие	Спб. 2010
Л2.6	Захарова Н.Е., Корниенко В.Н., Потапов А.А., Пронин И.Н.	Нейровизуализация структурных и гемодинамических нарушений при травме мозга: монография	М 2013
Л2.7	Угрюмов М.В.	Нейродегенеративные заболевания : монография	Москва: Гэотар-мед 2014
Л2.8	Электрон. текстовые данные	Наследственные болезни. : Полный справочник	Саратов : Научная книга, 2019.
Л2.9	И.А. Вознюк, В.Е. Савелло, Т.А. Шумакова	Неотложная клиническая нейрорадиология. Инсульт : учебное пособие	СПб. : Фолиант 2016
6.1.3. Методические разработки			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Под ред. Акад. Мурзалиева А.М., составители: Мусабеева Т.О., Усенова Н.Ш.,	Миастения : учебное пособие.	Бишкек 2012
Л3.2	Под редакцией академика НАН профессора Мурзалиева А.М. Сост. Т.О. Мусабеева, С.Г. Шлейфер, Е.В. Андрианова	Дисциркуляторная энцефалопатия. : учебное пособие по неврологии .	Б: КРСУ, 2013
Л3.3	Мурзалиев А.М., Мусабеева Т.О., Шлейфер С.Г.	Диагностика и лечение острых нарушений мозгового кровообращения (госпитальный этап, острейший и острый периоды) : Учебно-методическое пособие. Дополненное.	Бишкек 2015
Л3.4	/Составители: Мусабеева Т.О., Шлейфер С.Г, Андрианова Е.В., Рекаева М.И., Ибатуллин И.Ф., Рысалиева Н.Т., Хамзина А.И.	Топическая диагностика. : Учебное пособие по общей неврологии	Б: КРСУ, 2014
Л3.5	Мурзалиев А.М., Мусабеева Т.О., Шлейфер С.Г.	Клиническое руководство по диагностике и лечению острых нарушений мозгового кровообращения (госпитальный этап, острейший и острый периоды) в Кыргызской Республике. : Клиническое руководство	Бишкек 2014

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
ЛЗ.6	Мусабекова Т.О., Хамзина А.И.	Эпилепсия: Учебное пособие	Бишкек, Издательство КPCY 2017
ЛЗ.7	Мусабекова Т.О., Шлейфер С.Г., Луценко И.Л. Под редакцией Мурзалиева А.М.	Редкие клинические случаи в неврологии. : Сборник трудов	Бишкек 2016
ЛЗ.8	Мусабекова Т.О., Шлейфер. С.Г., Василенко В.В., Андрианова Е.В., Мырзаев Ж.Т.	Методика неврологического обследования: Учебное пособие по общей неврологии	Бишкек, Издательство КPCY 2019

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	Институт мозга человека РАН	http://www.ihb.spb.ru
Э2	Нервные болезни	http://medvuz.info/load/nervnye_bolezni_nevrologija/25
Э3	Клиника головной боли и вегетативных расстройств академика А.М. Вейна	http://www.veinclinic.ru
Э4	Научный центр по изучению инсульта	http://www.stroke-center.ru
Э5	ГУ Научный центр неврологии РАМН	http://www.neurology.ru
Э6	Центр детской неврологии и эпилепсии	http://www.epileptologist.ru
Э7	Национальная ассоциация по борьбе с инсультом (НАБИ)	http://www.nabi.ru
Э8	«Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко»	http://www.medlit.ru/medrus/iurbur.htm
Э9	«Неврологический журнал»	http://www.medlit.ru/medrus/nj.htm
Э10	«Неврологический вестник»	http://www.infamed.com/nb
Э11	«Нейрохирургия»	http://www.mtu-net.ru/neurosurgery
Э12	«Российская нейрохирургия»	http://www.neuro.neva.ru
Э13	НЕВРОНЕТ - информационная медицинская сеть	http://www.neuro.net.ru
Э14	Электронно-библиотечная система IPR BOOKS	http://www.iprbookshop.ru/i

6.3. Перечень информационных и образовательных технологий

6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии

6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии – лекции, семинары, ориентированные прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Лекционный материал предоставляется обучающимся с использованием мультимедийного оборудования и периодическим представлением тематических пациентов. Использование палат, учебных комнат для работы студентов.
6.3.1.2	Инновационные образовательные технологии – формируют системное мышление и способность генерировать идеи при решении различных ситуационных задач. К ним относятся ситуационные задачи, мозговой штурм, ролевые игры, работа в малых группах, научно-практические конференции.
6.3.1.3	Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование студентом компьютерной техники и интернет - ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы. Для лучшего усвоения материала и самостоятельной работы студенты готовят рефераты, доклады и презентации.

6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения	
6.3.2.1	Электронно-библиотечная система IPR BOOKS (http://www.iprbookshop.ru/i)
6.3.2.2	Электронно-библиотечная система "ZNANIUM.COM"
6.3.2.3	Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/)
6.3.2.4	Медицинский видеопортал (http://www.med-edu.ru/articles)
6.3.2.5	Медицинский портал (http://medvuz.info/load/nervnye_bolezni_nevrologija/25)
6.3.2.6	«Электронная библиотека» КРСУ (http://lib.krsu.kg)

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
7.1	Дисциплина преподается на базе: Национального госпиталя Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики (ЛПУ третичного уровня). Располагает 8 специализированными отделениями, из них 4 неврологических, 2 нейрохирургических, 2 нейротравматологических, отделение экстренной медицинской помощи для нейротравматологических и нейрохирургических больных; коечный фонд – 240 коек; 4 операционные; 2 палаты интенсивной терапии; реанимационный блок.
7.2	Имеется 6 стандартно оборудованных аудиторий с 90 посадочными местами, общей площадью 180 кв.м. (блок-парты, кушетки, учебные доски).
7.3	Кафедра оснащена мультимедийным комплексом (ноутбук, персональный компьютер, проектор). У студентов имеется доступ к информационным стендам (4 шт.), плакатам (100шт), электронной библиотеке (30 учебников), учебным фильмам (30 шт.), базе клинического материала (МРТ, КТ, краниограмма, спондилограмма, ЭЭГ).
7.4	Городская клиническая больница №1 отделение ангионеврологии, коечный фонд 30, ПИТ. Имеет одну стандартно оборудованную аудиторию с 8 посадочными местами (парты, меловая доска), имеется доступ к информационным стендам (1 шт.), плакатам (10шт), электронной библиотеке, учебным фильмам, базе
7.5	клинического материала (МРТ, КТ, краниограмма, спондилограмма, ЭЭГ, которые систематически обновляются.
7.6	Симуляционный центр интегративного и практического обучения (ЦИПО - корпус «Аламедин»), оборудованный роботизированными манекенами - имитаторами, современным реанимационным оборудованием, электронными фантомами оборудования, тренажерами, интерактивным и медицинским оборудованием, инструментарием и расходными материалами;

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ (Приложение №7. Технологическая карта ЛД).	
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ	
<p>Рекомендации при использовании материалов учебно-методического комплекса.</p> <p>Специфика в изучении раздела по общей неврологии заключается в использовании основных учебно-методических приемов: работа студентов на лекциях, практических занятиях, при изучении отдельных тем использование наглядных пособий (плакаты, муляжи, мультимедийные слайды), с последующей демонстрацией тематических больных.</p> <p>Специфика разделов по частной неврологии – включает в себя изучение нозологий с использованием дополнительной литературы (монографии, справочные пособия, методические рекомендации), а также разбор и курация тематических больных с написанием истории болезни (больные с сосудистыми, воспалительными заболеваниями головного и спинного мозга, прогрессирующими, демиелинизирующими заболеваниями, патологией периферической нервной системы, вегетативными дисфункциями)</p> <p>Специфика изучения раздела «Нейрохирургия» предполагает изучение особенности осмотра нейрохирургических больных, получение теоретических и практических навыков по диагностике нейрохирургических заболеваний, ознакомление с дополнительными методами диагностики (МРТ, КТ, R-графия, ангиография, ПЭГ) и принципами оперативного лечения.</p> <p>Специфика раздела "Медицинская генетика" включает в себя особенности обследования больного и выявление у него врожденного или наследственного заболевания. Студент должен получить навыки по формулировке предположительного диагноза хромосомной патологии и некоторых наиболее распространенных наследственных синдромов и заболеваний, определить необходимость дополнительного обследования, выделить семьи с повышенным риском развития наследственной патологии.</p> <p>Рекомендации при изучении отдельных тем дисциплины:</p> <p>При изучении тем №1,2 особое внимание следует обратить на схематическое изображение проводящих путей двигательной и чувствительной сфер с целью топической диагностики уровней поражения.</p> <p>При изучении темы №3 следует обратить внимание на связи экстрапирамидной и мозжечковой систем, научиться выделять отдельные симптомы поражения с последующей их группировкой в синдромы.</p> <p>При изучении тем №4,5 следует обратить внимание на анатомию черепно-мозговых нервов продолговатого мозга (IX, X, XI, XII) и варолиева моста (V, VII, VIII), среднего мозга (III, IV), на методику исследования и симптомы их поражения.</p> <p>При изучении тем из раздела частной неврологии следует обратить внимание на современные подходы к диагностике и лечению неврологических заболеваний согласно МКБ и доказательной медицины.</p> <p>Методические рекомендации для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по изучению дисциплины.</p> <p>Изучение теоретической части дисциплины призвано не только углубить и закрепить знания, полученные на аудиторных</p>	

занятиях, но и способствовать развитию у студентов творческих навыков, инициативы и организации своего свободного времени.

Самостоятельная работа студента при изучении дисциплины включает:

- чтение рекомендованной литературы, интернет - источников и усвоение теоретического материала дисциплины;
- подготовку к различным формам контроля (ситуационная задача, контрольная работа, тест);
- написание истории болезни курируемого больного.

Планирование времени, необходимого на изучение дисциплины, студентам необходимо осуществлять в течение всего семестра, предусматривая при этом регулярное повторение материала.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС).

Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам Университета и кафедры.

Работа студента в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность.

Обучение студентов способствует формированию у них этико - деонтологических навыков общения с пациентами неврологического профиля.

Исходный уровень знаний студентов определяется срезом знаний, текущим контролем усвоения дисциплины, а также устным опросом в ходе занятий, во время клинических разборов, при решении типовых ситуационных задач.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА (Приложение 2)

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

ДОКЛАД

Подготовка доклада к занятию.

Основные этапы подготовки доклада: выбор темы; консультация преподавателя; подготовка плана доклада; работа с источниками и литературой, сбор материала; написание текста доклада; оформление рукописи и предоставление ее преподавателю до начала доклада, что определяет готовность студента к выступлению; выступление с докладом, ответы на вопросы.

Тематика доклада (Приложение 3).

ПРЕЗЕНТАЦИЯ в Microsoft PowerPoint

Презентация дает возможность наглядно представить инновационные идеи, разработки и планы, согласно заданной теме (Приложение 3). Учебная презентация представляет собой результат самостоятельной работы студентов, с помощью которой они наглядно демонстрируют материалы публичного выступления перед аудиторией.

Компьютерная презентация – это файл с необходимыми материалами, который состоит из последовательности слайдов. Каждый слайд содержит законченную по смыслу информацию, так как она не переносится на следующий слайд автоматически в отличие от текстового документа.

Одной из основных программ для создания презентаций в мировой практике является программа PowerPoint компании Microsoft.

Структура презентации:

Удерживать активное внимание слушателей можно не более 15 минут, а, следовательно, при среднем расчете времени просмотра – 1 минута на слайд, количество слайдов не должно превышать 15-ти.

Первый слайд презентации должен содержать тему работы, фамилию, имя и отчество исполнителя, номер учебной группы, а также фамилию, имя, отчество, должность и ученую степень преподавателя.

На втором слайде целесообразно представить цель и краткое содержание презентации.

Последующие слайды необходимо разбить на разделы согласно пунктам плана работы.

На заключительный слайд выносятся самое основное, главное из содержания презентации.

Рекомендации по оформлению презентаций в Microsoft Power Point:

Для визуального восприятия текст на слайдах презентации должен быть не менее 18 пт, а для заголовков – не менее 24 пт.

Макет презентации должен быть оформлен в строгой цветовой гамме. Фон не должен быть слишком ярким или пестрым.

Текст должен хорошо читаться. Одни и те же элементы на разных слайдах должны быть одного цвета.

Пространство слайда (экрана) должно быть максимально использовано, за счет, например, увеличения масштаба рисунка.

Кроме того, по возможности необходимо занимать верхние $\frac{3}{4}$ площади слайда (экрана), поскольку нижняя часть экрана плохо просматривается с последних рядов.

Каждый слайд должен содержать заголовок. В конце заголовков точка не ставится. В заголовках должен быть отражен вывод из представленной на слайде информации. Оформление заголовков заглавными буквами можно использовать только в случае их краткости.

На слайде следует помещать не более 5-6 строк и не более 5-7 слов в предложении. Текст на слайдах должен хорошо читаться.

При добавлении рисунков, схем, диаграмм, снимков экрана (скриншотов) необходимо проверить текст этих элементов на наличие ошибок.

Нельзя перегружать слайды анимационными эффектами – это отвлекает слушателей от смыслового содержания слайда.

Для смены слайдов используйте один и тот же анимационный эффект.

РЕФЕРАТ

Рекомендации по написанию реферата.

1. Тема реферата выбирается в соответствии с интересами студента и должна соответствовать приведенному примерному перечню (Приложение 4).
2. Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников (монографии, статьи).
3. План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы. правило, это специальные монографии или статьи.
3. План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы.
4. Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации.
5. Недопустимо просто скопировать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы. Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и, в соответствии с установившейся научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав.
6. Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А- 4) шрифтом TimesNewRoman, 14. Начинается с титульного листа, в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы студента, год и географическое место местонахождения вуза. Затем следует оглавление с указанием страниц разделов. Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их. Приветствуется использование в реферате количественных данных и иллюстраций (графики, таблицы, диаграммы, рисунки).
7. Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные.
8. Список литературы должен быть составлен в полном соответствии с действующим стандартом (правилами), включая особую расстановку знаков препинания. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий:
Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге. Автор И.О. Название статьи // Название журнала. Год издания. Том __. № __. Страницы от __ до __.
Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от __ до __.
Примерное содержание работы: Наименование: Объем: 13-15 стр.

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА

Выполняется в форме письменного ответа на вопрос задания (Приложение 5) или решения ситуационной задачи (Приложение 2) соответственно тематическому плану практических занятий. Содержание ответов по общей неврологии должно акцентироваться на знаниях проводящих путей, неврологических симптомов и синдромов, постановки топического диагноза. Содержание ответов по частной неврологии должно акцентироваться на знании этиологии, патогенеза, критериев диагностики основных неврологических заболеваний и обоснования клинического диагноза, на вопросах лечения и профилактики основных неврологических заболеваний.

Целью контрольной работы является определения качества усвоения материала.

При подготовке студентов к контрольной работе следует использовать лекционный материал и учебники, указанные в основном списке литературы рабочей программы дисциплины.

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Студенты изучают методику неврологического обследования (Приложение №5а), отрабатывают практические навыки в группе, работают с больными в палатах неврологических отделении под руководством педагога.

Для работы рекомендовано использовать методические рекомендации к практическому занятию, плакаты, таблицы, методические разработки кафедры «Методика неврологического осмотра».

Техническое оснащение: на кафедре имеются неврологические молоточки, камертон, тонометр, циркуль.

Заключительным этапом работы является курация больного и оформление истории болезни.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Схема написания истории болезни в Приложении №8

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ проводится с использованием тестового контроля, устного опроса и решения ситуационных задач.

ТЕСТЫ

Предлагаемые тесты для промежуточной аттестации являются односложными, с одним правильным ответом (Приложение 1).

Рекомендации по подготовке к экзамену:

При подготовке студентов к экзамену следует обратить внимание на следующие учебники:

1. По топической диагностике:

- Скоромец А. А., Скоромец А. П., Скоромец Т. А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. Руководство для врачей. СПб., 2010 г.

- Топическая диагностика. Учебное пособие по общей неврологии /Составители: Мусабекова Т.О., Шлейфер С.Г., Андрианова Е.В., Рекаева М.И., Ибатуллин И.Ф., Рысалиева Н.Т., Хамзина А.И./ - Б: КРСУ, 2014.- 183 с

2. По частной неврологии:

- Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия: в 2 т.:учеб. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 624 с.

- Скоромец А., Скоромец А., Скоромец Т. Нервные болезни. Учебное пособие. (4-е издание) 2010 г.- 552 с.

3. Справочники по нейрофармакологии.

4. Лекционный материал, а также издания выпускаемые кафедрой.

**ТЕСТЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
(7-8 семестр)**

1. Выберите признак, не характерный для поражения лицевого нерва

- 1) дисфагия;
- 2) сглаженность лобных складок;
- 3) сглаженность носогубных складок;
- 4) симптом Белла;
- 5) симптом ракетки

#

2. Для синдрома Вебера характерно:

- 1) поражение XII пары на стороне очага и центральный гемипарез на противоположной стороне
- 2) поражение VII пары на стороне очага и центральный гемипарез на противоположной стороне
- 3) поражение VI пары на стороне очага и центральный гемипарез на противоположной стороне
- 4) поражение III пары на стороне очага и центральный гемипарез на противоположной стороне
- 5) правильного ответа нет

#

3. Какой симптом характерен для бульбарного паралича?

- 1) высокий глоточный рефлекс;
- 2) глоточный рефлекс отсутствует;
- 3) спонтанный плач;
- 4) симптомы орального автоматизма;
- 5) повышение сухожильных рефлексов

#

4. Через верхние ножки мозжечка проходит путь

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

#

5. Какой симптом не наблюдается при поражении мозжечка?

- 1) мышечная гипотония
- 2) миоклонии;
- 3) интенционный тремор;
- 4) скандированная речь;
- 5) неустойчивость в пробе Ромберга.

#

6. Какой из перечисленных симптомов не является признаком поражения гипоталамуса?

- 1) нарушение терморегуляции;
- 2) гемипарез;
- 3) нарушения ритма сна и бодрствования;
- 4) нейроэндокринные расстройства;
- 5) нарушение пищевого и полового поведения

#

7. Для сенситивной атаксии характерно:

- 1) возникает при поражении путей Голля, Бурдаха
- 2) больной контролирует походку зрением
- 3) ходит, высоко поднимая ноги, плохо чувствует почву под ногами
- 4) нарушается мышечно-суставное чувство
- 5) все вышеперечисленное

#

8. Биназальная гемианопсия наступает при поражении

- 1) центральных отделов перекреста зрительных нервов
- 2) наружных отделов перекреста зрительных нервов
- 3) зрительной лучистости
- 4) зрительных трактов
- 5) зрительного нерва

#

9. Лагофthalm, сглаженность лобной и носогубной складок на пораженной стороне, перекося рта в здоровую сторону характерны для

- 1) опухоли головного мозга
- 2) энцефалита
- 3) неврита лицевого нерва
- 4) острого нарушения мозгового кровообращения

5) невралгии тройничного нерва

#

10. Седлищный нерв составляют волокна корешков

- 1) S1-S2
- 2) L4-S3
- 3) S2-S3
- 4) L5-S5
- 5) L3- L5

#

11. Боль по задне-латеральной поверхности бедра характерна для поражения корешка:

- 1) L2
- 2) L4
- 3) L5
- 4) S1
- 5) S5

#

12. Для синдрома Вебера характерно:

- 1) поражение XII пары на стороне очага и центральный гемипарез на противоположной стороне
- 2) поражение VII пары на стороне очага и центральный гемипарез на противоположной стороне
- 3) поражение VI пары на стороне очага и центральный гемипарез на противоположной стороне
- 4) поражение III пары на стороне очага и центральный гемипарез на противоположной стороне
- 5) правильного ответа нет

#

13. Где расположено тело третьего нейрона для всех видов чувствительности:

- 1) в спинномозговом ганглии
- 2) в задних рогах спинного мозга
- 3) в вентролатеральном ядре таламуса
- 4) в коре головного мозга, в постцентральной извилине
- 5) в коре головного мозга, в прецентральной извилине

#

14. Характерным для поражения задних рогов спинного мозга является:

- 1) мышечная атрофия
- 2) диссоциированное выпадение болевой и температурной чувствительности
- 3) проводниковые нарушения чувствительности
- 4) фибрилляция мышц.
- 5) арефлексия

#

15. Для поражения подъязычного нерва (XII) характерно:

- 1) насильственный плач
- 2) тошнота и рвота
- 3) дисфония
- 4) девиация языка
- 5) сенсорная афазия

#

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

- 1) место прикосновения при нанесении раздражения на различные участки тела
- 2) рисуемые на коже цифры, буквы, простые фигуры
- 3) два одновременно наносимых раздражения на близко расположенных участках поверхности тела
- 4) на ощупь знакомые предметы
- 5) направление движения предмета по образованию складки на коже.

#

17. Для синдрома Мийяра-Гублера характерно:

- 1) поражение XII пары на стороне очага и центральный гемипарез на противоположной стороне
- 2) поражение VII пары на стороне очага и центральный гемипарез на противоположной стороне
- 3) поражение VI пары на стороне очага и центральный гемипарез на противоположной стороне
- 4) поражение III пары на стороне очага и центральный гемипарез на противоположной стороне
- 5) правильного ответа нет

#

18. Для поражения половины поперечника спинного мозга характерно:

- 1) альтернирующий тип расстройства чувствительности
- 2) астереогноз
- 3) проводниковые нарушения чувствительности
- 4) расстройства чувствительности по полиневритическому типу
- 5) синдром Броуна-Секара

#

19. Для нейропатии лицевого нерва типично

- 1) птоз
- 2) гипестезия половины лица
- 3) парез мимической мускулатуры половины лица

- 4) расходящееся косоглазие
- 5) нарушение жевания

#

20. Для поражения блуждающего нерва не характерны

- 1) дисфония
- 2) дисфагия
- 3) нарушение сердечного ритма
- 4) нарушение вкуса
- 5) изменение артериального давления

#

21. Какой из перечисленных симптомов не характерен для поражения периферического двигательного нейрона?

- 1) спастический тонус
- 2) гипотония мышц
- 3) снижение сухожильных рефлексов
- 4) гипотрофия мышц
- 5) "биоэлектрическое молчание" на ЭМГ

#

22. Для синдрома Фовилля характерно:

- 1) поражение III пары черепных нервов
- 2) поражение VI и VII пары черепных нервов
- 3) поражение VI, VII, VIII пары черепных нервов
- 4) поражение VII, VIII пары черепных нервов
- 5) поражение IX и X пары черепных нервов

#

23. При поражении правого полушария головного мозга у правшей возникают корковые речевые расстройства в форме:

- 1) афазии
- 2) алексии
- 3) не возникают
- 4) аграфии
- 5) дизартрии.

#

24. Истинное недержание мочи возникает при поражении:

- 1) прецентральной извилины лобной доли
- 2) таламуса
- 3) поражении пирамидного пути с 2 сторон
- 4) поражении спинального тазового центра
- 5) поражении пирамидного пути с 1 стороны

#

25. Поражение стриарной системы характеризуется:

- 1) атаксией
- 2) появлением гиперкинезов
- 3) гемипарезом
- 4) синдромом паркинсонизма
- 5) судорожными припадками

#

26. При поражении какого участка зрительного пути возникает гетеронимная гемианопсия?

- 1) хиазмы;
- 2) наружное коленчатое тело;
- 3) зрительный нерв;
- 4) зрительный тракт;
- 5) кора затылочной доли.

#

27. Выберите симптом, не характерный для поражения теменной доли:

- 1) астереогноз;
- 2) апраксия;
- 3) акалькулия;
- 4) алексия;
- 5) зрительная агнозия.

#

28. Какой синдром характерен для поражения ствола мозга?

- 1) афазия;
- 2) альтернирующий синдром;
- 3) зрительная агнозия;
- 4) гиперкинезы;
- 5) синдром Броун-Секара.

#

29. Рефлексы орального автоматизма свидетельствуют о поражении трактов:

- 1) кортикоспинальных;
- 2) кортиконуклеарных;

- 3) лобно-мосто-мозжечковых;
- 4) руброспинальных;
- 5) пучка Тюрка.

#

30. Патологическим рефлексом сгибательного типа является рефлекс:

- 1) Бабинского;
- 2) Оппенгейма;
- 3) Россолимо;
- 4) Гордона;
- 5) Шеффера.

#

31. Замыкание дуги рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы плеча происходит на уровне сегментов спинного мозга:

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

#

32. Сегментарный парасимпатический аппарат включает в себя:

- 1) боковые рога спинного мозга;
- 2) паравертебральную цепочку;
- 3) вегетативные ядра таламуса и лимбического мозга;
- 4) вегетативные ядра ствола мозга и спинальный тазовый центр;
- 5) гипоталамус и вегетативные клетки коры головного мозга.

#

33. Клиническая картина синдрома Клода-Бернара-Горнера включает в себя:

- 1) расходящееся косоглазие, мидриаз, птоз;
- 2) сходящееся косоглазие;
- 3) птоз, миоз, энофтальм;
- 4) ротаторный нистагм, анизокория;
- 5) вертикальный парез взора, нистагм.

#

34. Истинное недержание мочи возникает:

- 1) при поражении парацентральной дольки;
- 2) при поражении таламуса;
- 3) при поражении пирамидного пути с одной стороны;
- 4) при поражении пирамидного пути с двух сторон;
- 5) при поражении спинального тазового центра.

#

35. Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении

- 1) зрительного тракта
- 2) зрительного перекреста
- 3) зрительной лучистости
- 4) внутренней капсулы.
- 5) верно 3 и 4

#

36. Когда возникает бульбарный паралич?

- 1) при поражении обонятельной луковицы и зрительного нерва (I и II пары),
- 2) при поражении глазодвигательных нервов (III, IV и VI пары), обеспечивающих движение глазного яблока,
- 3) при поражении VI и VII пары,
- 4) при поражении IX, X, XII пары,
- 5) при поражении сосудов двигательного и дыхательного центров, расположенных в продолговатом мозге.

#

37. Назовите черепно-мозговые нервы мостомозжечкового угла:

- 1) I и II,
- 2) III, IV и VI,
- 3) IV и V,
- 4) V, VI, VII и VIII,
- 5) III, IV и VIII,

#

38. Для синдрома Мийяра-Гублера характерно:

- 1) поражение XII пары на стороне очага и центральный гемипарез на противоположной стороне
- 2) поражение VII пары на стороне очага и центральный гемипарез на противоположной стороне
- 3) поражение VI пары на стороне очага и центральный гемипарез на противоположной стороне
- 4) поражение III пары на стороне очага и центральный гемипарез на противоположной стороне
- 5) правильного ответа нет

#

39. Для поражения лобной доли характерно:

- 1) атаксия
- 2) астереогноз

- 3) гемианопсия
- 4) аутопагнозия
- 5) сенситивная атаксия
- #
40. Изолированное поражение блокового нерва:
 - 1) вызывает трудности при спуске по лестнице
 - 2) вызывает наклон головы
 - 3) не нарушает взгляда вверх
 - 4) все в/у верно
 - 5) все в/у неверно#
41. При поражении правого зрительного тракта возникает:
 - 1) левосторонняя гомонимная гемианопсия
 - 2) правосторонняя гомонимная гемианопсия
 - 3) слепота на правый глаз
 - 4) слепота на левый глаз
 - 5) биназальная гемианопсия#
42. Клинические проявления опухоли затылочной доли:
 - 1) гемипарез;
 - 2) дизартрия;
 - 3) anosmia;
 - 4) гемианопсия;
 - 5) сенситивная атаксия.#
43. Какой из ниже перечисленных двигательных симптомов не характерен для паркинсонизма:
 - 1) феномен «зубчатого колеса» ;
 - 2) хорей;
 - 3) пропульсии;
 - 4) маскообразное лицо;
 - 5) шаркающая походка.#
44. Коленный сухожильный рефлекс замыкается на уровне сегментов:
 - 1) S1 – S4;
 - 2) S2 – S3;
 - 3) S1 – S2;
 - 4) L4 – L5;
 - 5) L2 – L3.#
45. Альтернирующий синдром Фовилля 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.#
46. К триаде Шарко относится:
 - 1) нистагм, гипотония, шаткость в позе Ромберга
 - 2) нистагм, скандированная речь, выпадение брюшных рефлексов
 - 3) скандированная речь, гипотония, шаткость в позе Ромберга
 - 4) гемианестезия, гемипагез, гемианопсия
 - 5) дисфагия, дизартрия, дисфония#
47. Периостальным рефлексом является:
 - 1) коленный
 - 2) мандибулярный
 - 3) сгибательно-локтевой
 - 4) корнеальный
 - 5) коленный#
48. Для паркинсонизма характерен синдром:
 - 1) акинетико-ригидный
 - 2) вестибулярный
 - 3) пирамидный
 - 4) вестибуло-мозжечковый
 - 5) гипотонически-гиперкинетический#
49. 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
- 5) провести тест «рисования часов»
#
50. При поражении тройничного (V) нерва возникает:
 - 1) прозопарез
 - 2) нарушение чувствительности кожи лица
 - 3) слезотечение и прозопарез
 - 4) снижение слуха
 - 5) гиперакузия#
51. Анизокория возникает при поражении:
 - 1) VI черепно-мозгового нерва
 - 2) IV черепно-мозгового нерва
 - 3) III черепно-мозгового нерва
 - 4) V черепно-мозгового нерва
 - 5) II черепно-мозгового нерва#
52. При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия
 - 1) динамическая
 - 2) вестибулярная
 - 3) статическая
 - 4) сенситивная
 - 5) психогенная#
53. 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#
54. При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия
 - 1) биназальная
 - 2) гомонимная
 - 3) битемпоральная
 - 4) нижнеквадрантная
 - 5) амавроз#
55. Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении
 - 1) зрительного тракта
 - 2) зрительного перекреста
 - 3) зрительной лучистости
 - 4) внутренней капсулы
 - 5) коры затылочной доли#
56. Симптом периферического 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) снижение вкуса на передних 2/3 языка на стороне поражения
 - 5) парез мимической мускулатуры верхнего и нижнего этажа на стороне поражения#
57. Атетоз-это:
 - 1) медленные червеобразные гиперкинезы кисти
 - 2) бросковые гиперкинезы конечностей
 - 3) вращательный гиперкинез туловища
 - 4) стереотипное сокращение отдельных групп мышц
 - 5) ригидность, замедленность движений#
58. Для опухоли височной доли доминантного полушария характерна
 - 1) моторная, сенсорная афазия
 - 2) сенсорная афазия
 - 3) моторная, семантическая афазия
 - 4) сенсорная афазия, аутогнозия
 - 5) моторная афазия, аутогнозия#
59. Для синдрома Джексона характерно:
 - 1) поражение XII пары на стороне очага и центральный гемипарез на противоположной стороне
 - 2) поражение VII пары на стороне очага и центральный гемипарез на противоположной стороне

- 3) поражение VI пары на стороне очага и центральный гемипарез на противоположной стороне
 - 4) поражение III пары на стороне очага и центральный гемипарез на противоположной стороне
 - 5) правильного ответа нет
- #
60. Легкий парез можно выявить с помощью пробы:
- 1) Ашнера
 - 2) Квеккенштедта.
 - 3) Стукея.
 - 4) Барре.
 - 5) Ромберга
- #
61. 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
- #
62. Больной с сенсорной афазией
- 1) не может говорить и не понимает обращенную речь
 - 2) понимает обращенную речь, но не может говорить
 - 3) может говорить, но забывает названия предметов
 - 4) не понимает обращенную речь, но контролирует собственную речь
 - 5) не понимает обращенную речь и не контролирует собственную
- #
63. В каком отделе ствола мозга происходит полный перекрест пирамидного пути?
- 1) в среднем мозге
 - 2) в варолиевом мосту
 - 3) в нижнем отделе продолговатого мозга
 - 4) в верхнем отделе продолговатого мозга
 - 5) полный перекрест не происходит вообще
- #
64. К надсегментарному отделу нервной системы относятся:
- 1) Боковые рога спинного мозга
 - 2) Пограничный симпатический ствол
 - 3) Лимбическая система
 - 4) Вегетативные ядра ствола мозга
 - 5) Все ответы верные
- #
65. К концентрическому сужению полей зрения приводит неполное сдавление
- 1) зрительного тракта
 - 2) зрительного перекреста
 - 3) наружного коленчатого тела
 - 4) зрительной лучистости
 - 5) зрительного нерва
- #
66. Для бульбарного синдрома не характерно:
- 1) атрофия мышц языка
 - 2) дисфагия
 - 3) дизартрия
 - 4) дисфония
 - 5) повышение глоточного рефлекса
- #
67. К чувствительным проводникам относится:
- 1) пирамидный путь
 - 2) спино-таламический путь
 - 3) руброспинальный путь
 - 4) вестибулоспинальный путь
 - 5) оливоспинальный путь
- #
68. Вегетативные образования спинного мозга расположены в:
- 1) передних рогах
 - 2) боковых рогах
 - 3) задних рогах
 - 4) передней серой спайке
 - 5) задних столбах
- #
69. При поражении мозжечка не встречается:
- 1) мышечная гипотония

- 2) миоклонии
- 3) скандированная речь
- 4) интенционный тремор
- 5) атаксия

#

70. Птоз, миоз и энофтальм характерны для поражения:

- 1) передних рогов
- 2) поражения боковых рогов спинного мозга C1-C4
- 3) поражение боковых рогов спинного мозга C8-D1
- 4) поражение боковых рогов спинного мозга D3-D5
- 5) поражение задних рогов

#

71. Симптом Лассега характерен для:

- 1) пояснично-крестцового радикулита
- 2) межреберной невралгии
- 3) шейно-плечевого радикулита
- 4) геморрагического инсульта
- 5) паралича лицевого нерва

#

72. Для бульбарного синдрома характерно все, кроме:

- 1) нарушение дыхания
- 2) атрофии и фибрилляции языка
- 3) отсутствие глоточного рефлекса
- 4) поперхивание
- 5) симптомы орального автоматизма

#

73. Для поражения передних корешков спинного мозга характерно:

- 1) нарушение чувствительности по корешковому типу.
- 2) гипертонус мышц
- 3) патологический рефлекс Бабинского
- 4) периферический парез
- 5) клонусы стоп

#

74. Поза Вернике-Манна характерна для поражения:

- 1) передних рогов спинного мозга
- 2) затылочной доли головного мозга
- 3) внутренней капсулы
- 4) боковых столбов спинного мозга
- 5) лучистого венца

#

75. При полном поперечном поражении в области верхних грудных сегментов не выявляются:

- 1) нижний спастический парапарез
- 2) спастический тетрапарез
- 3) задержка мочи
- 4) нарушение чувствительности по проводниковому типу
- 5) трофические нарушения ниже места поражения

#

76. Поражение стриарной системы характеризуется:

- 1) атаксией
- 2) появлением гиперкинезов
- 3) гемипарезом
- 4) синдромом паркинсонизма
- 5) эпилептическими припадками

#

77. Для гиперкинетического синдрома не характерно:

- 1) высокий мышечный тонус;
- 2) низкий мышечный тонус;
- 3) уменьшение симптоматики во сне и усиление при волнении;
- 4) чрезмерная двигательная активность;
- 5) эмоциональная лабильность

#

78. Клиническая картина поражения блуждающего нерва:

- 1) нарушение слуха, вестибулярной функции;
- 2) дизартрия, отклонение языка в сторону;
- 3) тахикардия, уменьшение перистальтики, нарушение глотания, дыхания;
- 4) нарушение вкуса на задней трети языка, нарушение слюноотделения;
- 5) выпадение надбровного, роговичного рефлексов.

#

79. Для спастического паралича характерно

- 1) снижение сухожильных рефлексов

- 2) атрофия мышц
- 3) наличие патологических рефлексов
- 4) снижение мышечного тонуса
- 5) фибрилляции, фасцикуляции

#

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

- 1) мозжечковая
- 2) сенситивная
- 3) вестибулярная
- 4) корковая
- 5) верно 1 и 2

#

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

- 1) мозжечковая
- 2) сенситивная
- 3) вестибулярная
- 4) корковая
- 5) психогенная

#

82. Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается

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

#

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

- 1) лобной
- 2) височной
- 3) теменной
- 4) затылочной
- 5) теменной и затылочной

#

84. Дисфагия возникает при поражении черепных нервов:

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

#

85. При менингеальном симптоме Кернига

- 1) сгибают голову больного вперед
- 2) надавливают на область лонного сочленения
- 3) выпрямляют ногу больного согнутую под прямым углом в коленном и тазобедренном суставах
- 4) сдавливают четырехглавую мышцу бедра
- 5) постукивают по скуловой дуге

#

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

- 1) ножек мозга
- 2) ядер моста мозга
- 3) ядер продолговатого мозга
- 4) покрышки среднего мозга
- 5) спинного мозга

#

87. Для исследования проходимости субарахноидального пространства с помощью пробы Квекенштедта следует

- 1) сдавление шейных вен в течении 5-10 секунд
- 2) сдавить брюшную аорту
- 3) надавить на переднюю брюшную стенку
- 4) наклонить голову больного назад
- 5) любой маневр удовлетворяет условиям данной пробы

#

88. Иннервацию сфинктера зрачка осуществляет нерв:

- 1) III
- 2) IV
- 3) VI
- 4) II
- 5) V

#

89. Выделите симптом натяжения:

- 1) симптом Лессажа
 - 2) симптом Кернига
 - 3) симптом Лассега
 - 4) симптом Брудзинского
 - 5) симптом Россолимо
- #
90. Нарушение понимания сложных логико-грамматических конструкций встречается при афазии:
- 1) сенсорной
 - 2) моторной
 - 3) амнестической
 - 4) семантической
 - 5) оптикомнестическая афазия
- #
91. При поражении внутренней капсулы отмечается:
- 1) Гемипарез
 - 2) Парипарез
 - 3) Монопарез
 - 4) Атаксия
 - 5) Тетрапарез
- #
92. Для полиневритического типа нарушения чувствительности характерно:
- 1) расстройство чувствительности в зоне иннервации нерва
 - 2) гипостезия в дистальных отделах конечностей
 - 3) гемигипостезия
 - 4) фантомные боли
 - 5) диссоциированный тип расстройства чувствительности
- #
93. Для поражения затылочной доли характерно:
- 1) моторная афазия
 - 2) сенсорная афазия
 - 3) астереогноз
 - 4) гетеронимная гемианопсия
 - 5) гомонимная гемианопсия
- #
94. К поражениям спинного мозга не относятся:
- 1) синдром Броуна-Секара
 - 2) синдром Горнера
 - 3) трофические расстройства
 - 4) нарушения функции тазовых органов
 - 5) нарушение чувствительности в дистальных отделах конечностей
- #
95. Для поражения спинного мозга характерно:
- 1) синдром Аргайл-Робертсона
 - 2) нарушение чувствительности по проводниковому типу
 - 3) нарушения чувствительности в дистальных отделах конечностей
 - 4) нарушение глотания
 - 5) все ответы правильные
- #
96. При поражении области Брока возникают:
- 1) моторная афазия.
 - 2) сенсорная афазия.
 - 3) амнезия.
 - 4) парестезия.
 - 5) мышечная ригидность.
- #
97. При поражении области Вернике возникает:
- 1) моторная афазия.
 - 2) сенсорная афазия.
 - 3) амнезия.
 - 4) парестезия.
 - 5) мышечная ригидность.
- #
98. К общемозговым симптомам относятся:
- 1) рвота, тошнота, головная боль
 - 2) гемипарезы
 - 3) фебрильная температура, головная боль
 - 4) ригидность мышц шеи
 - 5) Джексоновские припадки
- #
99. Полинейропатия - это:

- 1) множественное симметричное поражение периферических нервов
- 2) множественное поражение корешков спинного мозга
- 3) поражение периферических нервов двумя и более инфекционными агентами
- 4) поражение половины спинного мозга
- 5) поражение задних рогов

#

100. При полинейропатиях развивается все, кроме:

- 1) гипо- или арефлексия
- 2) гиперрефлексия
- 3) поражение черепных нервов
- 4) чувствительные нарушения
- 5) вегетативные нарушения

#

101. При поражениях мозжечка тонус мышц:

- 1) повышен.
- 2) снижен.
- 3) не изменен.
- 4) изменён по типу «складного ножа»
- 5) изменён по типу «зубчатого колеса»

#

102. Гиперкинез в виде произвольных червеобразных движений в пальцах рук, усиливающийся при движении и проходящий во сне называется:

- 1) хорея;
- 2) атетоз;
- 3) торсионная дистония;
- 4) тики;
- 5) все ответы неправильные .

#

103. Для паркинсонического тремора характерно:

- 1) тремор покоя, уменьшающийся при движении;
- 2) интенционный тремор, усиливающийся в движении;
- 3) тремор в виде «счёта монет» и «скатывания пилюль»;
- 4) верно 1) и 3) ;
- 5) все ответы неправильные.

#

104. При поражении лицевого нерва возникает паралич всех перечисленных мимических мышц, кроме:

- 1) круговой мышцы глаза;
- 2) круговой мышцы рта;
- 3) мышцы, поднимающей верхнее веко;
- 4) щёчные мышцы;
- 5) мышцы смеха.

#

105. Болезнь Паркинсона может проявиться следующими синдромами:

- 1) хореоатетодным;
- 2) акинетико-ригидным;
- 3) вестибуло-мозжечковым;
- 4) денгторубральным;
- 5) все ответы правильные.

#

106. При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы

- 1) верхней прямой
- 2) наружной прямой
- 3) нижней прямой
- 4) нижней косой
- 5) верхней косой

#

107. Выберите признак, не характерный для поражения глазодвигательного нерва:

- 1) сходящееся косоглазие;
- 2) мидриаз;
- 3) ограничение движения глазного яблока вверх и кнутри;
- 4) расходящееся косоглазие;
- 5) птоз.

#

108. Какой симптом не возникает при поражении паллидо-нигральной системы?

- 1) амимия
- 2) пластическая ригидность мышц;
- 3) спастическая ригидность мышц;
- 4) брадикинезии;
- 5) тремор покоя.

#

109. Какой вид афазии возникает при поражении лобной доли доминантного полушария?

- 1) моторная афазия
- 2) сенсорная афазия;
- 3) амнестическая афазия;
- 4) семантическая афазия;
- 5) ни один из вышеперечисленных видов.

#

110. Бедренный нерв образуют корешки

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

#

111. Косоглазие наблюдается при поражении пары черепного нерва:

- 1) III
- 2) XII
- 3) VII
- 4) V
- 5) II

#

112. Птоз возникает при поражении черепного нерва:

- 1) IV
- 2) VI
- 3) III
- 4) V
- 5) III, VII

#

113. Жевательные мышцы иннервируются черепным нервом:

- 1) VII
- 2) X
- 3) XII
- 4) V
- 5) III

#

114. Патологический рефлекс определяемый на верхней конечности:

- 1) Бабинского
- 2) Оппенгейма
- 3) Россолимо
- 4) Шеффера
- 5) Гордона

#

115. Темп активных движений при поражении паллидо-нигральной системы:

- 1) замедляется
- 2) ускоряется
- 3) появляются гиперкинезы
- 4) не изменяется
- 5) правильно 2 и 3

#

116. При поражении промежуточного мозга возникают:

- 1) нарушения сна
- 2) нарушение координации
- 3) боли
- 4) нарушения чувствительности
- 5) выпадение полей зрения

#

117. При поражении гипоталамуса возникают:

- 1) вегетативные пароксизмы
- 2) сегментарные вегетативные нарушения
- 3) чувствительные нарушения
- 4) двигательные нарушения
- 5) чувствительные, двигательные и вегетативные нарушения

#

118. При поражении стриарного отдела экстрапирамидной системы возникает:

- 1) гиперкинезы
- 2) апраксия
- 3) парезы
- 4) постуральный тремор
- 5) ригидность

#

119. Нормальным слухом считается восприятие шепота с расстояния

- 1) 1 метра
- 2) 2-3 метра
- 3) 3-4 метра
- 4) 6-7 метров
- 5) 10 метров и более

#

120. Основным признаком фантомного болевого синдрома является

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

#

121. Сочетание повышения мышечного тонуса в мышцах сгибателей руки и разгибателей ноги с одной стороны носит название позы:

- 1) Кушилевского
- 2) Ромберга
- 3) Вернике-Манна
- 4) Восковой куклы
- 5) проба Барре

#

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

- 1) С6-С7
- 2) С7-С8
- 3) С8-Д1
- 4) D3- D4
- 5) D5- D6

#

123. Симптомом центрального 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

#

124. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении

- 1) обонятельного бугорка
- 2) обонятельной луковицы
- 3) коры височных долей
- 4) слизистой полости носа
- 5) обонятельного тракта

#

125. 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;
- 5) во внутренней капсуле

#

126. 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
- 5) коснуться указательным пальцем до кончика носа с закрытыми глазами

#

127. 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
- 5) плохо видит окружающие предметы и не узнает их

#

128. 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
5) не понимает обращенную речь
#
129. Синдром верхней глазничной щели включает поражение
1) III пары ЧМН
2) VI и VI пар ЧМН
3) III, IV и VI пар ЧМН
4) III, IV, VI и I ветви V пары ЧМН
5) II, III, IV, V и VI пар ЧМН
#
130. 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
#
131. При поражении тройничного нерва может быть:
1) нарушение глотания
2) парез мимических мышц
3) мидриаз
4) нарушение жевания
5) правильного ответа нет
#
132. Для поражения ядра тройничного нерва характерно:
1) парез мимических мышц
2) нарушение глотания
3) ринолалия
4) нарушение чувствительности по скобкам (зонам) Зельдера
5) все ответы правильные
#
133. В состав паллидарной системы не входят:
1) красное ядро
2) черная субстанция
3) люисово тело
4) хвостатое ядро
5) бледный шар
#
134. К симптомам раздражения зрительной коры относятся следующие симптомы, кроме:
1) макропсия.
2) микропсия.
3) метаморфопсия.
4) амавроз.
5) фотопсии.
#
135. У больного сходящееся косоглазие справа и диплопия при взгляде вправо. Какой нерв поражен?
1) правый зрительный.
2) правый отводящий.
3) правый глазодвигательный.
4) правый блоковой.
5) правый тройничный.
#
136. Сенситивная атаксия возникает при поражении?
1) при поражении передних корешков.
2) при поражении задних корешков.
3) боковых столбов.
4) задних столбов.
5) периферических нервов.
#
137. Для поражения передних корешков спинного мозга характерно:
1) спастическая нижняя параплегия.
2) центральная тетраплегия.
3) периферические параличи.
4) смешанные параличи.
5) гемипарезы.
#
138. Для псевдобульбарного паралича характерно все, кроме:
1) насильственный смех и плач.
2) симптомы орального автоматизма.

- 3) дисфагия.
- 4) высокий глоточный рефлекс.
- 5) нарушение дыхания.
- #
139. Для полинейропатии не характерны:
 - 1) дистальные вялые парезы
 - 2) патологические стопные рефлексы
 - 3) снижение сухожильных рефлексов
 - 4) снижение чувствительности в дистальных отделах конечностей
 - 5) вегетативные трофические расстройства- #
- 140. К альтернирующим синдромам относится:
 - 1) синдром Горнера
 - 2) синдром Броуна-Секара
 - 3) синдром верхней глазничной щели
 - 4) синдром Вебера
 - 5) синдром Аргайл-Робертсона- #
- 141. Менингеальный симптом Лессажа определяется:
 - 1) в любом возрасте
 - 2) в раннем и дошкольном возрасте
 - 3) в дошкольном и младшем школьном возрасте
 - 4) в грудном и раннем возрасте
 - 5) только в грудном возрасте- #
- 142. Какой парой черепных нервов иннервируются мимические мышцы
 - 1) V;
 - 2) VI;
 - 3) VII.
 - 4) VIII;
 - 5) X.- #
- 143. Гиперрефлексия указывает на поражение:
 - 1) периферического нерва
 - 2) спинно-мозгового корешка
 - 3) пирамидного тракта
 - 4) чувствительного нейрона.
 - 5) передних рогов спинного мозга- #
- 144. К гиперкинезам не относятся:
 - 1) баллизм
 - 2) тики
 - 3) латеропульсии
 - 4) атетоз
 - 5) миоклонии- #
- 145. Для периферического поражения подъязычного нерва (XII) характерно:
 - 1) насильственный плач
 - 2) афазия
 - 3) гемианопсия
 - 4) дисфагия
 - 5) атрофия мышц половины языка- #
- 146. 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- #
- 147. При паркинсонизме почерк у пациентов
 - 1) меняется по типу макрографии
 - 2) меняется по типу микрографии
 - 3) не меняется
 - 4) пациенты не могут писать
 - 5) становится зигзагообразным- #
- 148. К вестибулярному синдрому не относится:
 - 1) тошнота
 - 2) рвота

- 3) системное головокружение
 - 4) атаксия
 - 5) снижение мышечной силы
 - #
149. Для купирования эпилептического статуса применяются
- 1) седуксен
 - 2) натрия оксипутират
 - 3) гексенал, тиопентал натрия,
 - 4) все перечисленное
 - 5) ничего из перечисленного
- #
150. Эпилептический припадок могут вызвать заболевания, кроме:
- 1) субарахноидальное кровоизлияние
 - 2) гнойные менингиты
 - 3) опухоль мозга
 - 4) туберкулезный менингит
 - 5) полинейропатия
- #
151. Полинейропатия - это:
- 1) множественное симметричное поражение периферических нервов.
 - 2) множественное поражение корешков спинного мозга.
 - 3) поражение периферических нервов двумя и более инфекционными агентами.
 - 4) поражение половины спинного мозга.
 - 5) поражение задних рогов.
- #
152. Основные этиологические факторы полинейропатии:
- 1) токсические
 - 2) инфекционно-аллергические
 - 3) дисметаболические(эндокринные)
 - 4) при генетических ферментных дефектах
 - 5) все перечисленное
- #
153. Для диабетической полинейропатии характерно:
- 1) преимущественное поражение верхних конечностей
 - 2) преимущественное поражение нижних конечностей
 - 3) преимущественное поражение черепных нервов
 - 4) все ответы правильные
 - 5) нет правильных ответов
- #
154. Отмена противоэпилептической терапии осуществляется
- 1) только после полной нормализации ЭЭГ
 - 2) через 3 месяца после нормализации ЭЭГ
 - 3) через 6 месяцев после клинической ремиссии
 - 4) через 2 года после клинической ремиссии при нормализации ЭЭГ
 - 5) через 5 лет после клинической ремиссии
- #
155. У больного появились подергивания левой кисти с быстрым распространением на всю руку, а затем на всю левую половину туловища. назовите тип припадка.
- 1) генерализованный тонический
 - 2) атонический
 - 3) джексоновский
 - 4) абсанс
 - 5) миоклонический.
- #
156. Для бульбарного синдрома характерно:
- 1) повышение глоточных рефлексов
 - 2) насильственный смех и плач
 - 3) дисфагия, дизартрия, дисфония, снижение глоточного рефлекса
 - 4) проявление рефлексов орального автоматизма
 - 5) оральная апраксия
- #
157. К демиелинизирующим заболеваниям относится полинейропатия:
- 1) Гийена-Барре
 - 2) диабетическая
 - 3) порфирийная
 - 4) гипотиреодная
 - 5) все ответы правильные
- #
158. При полинейропатиях развивается все, кроме
- 1) гипо- или арефлексия.

- 2) гиперрефлексия.
- 3) поражение черепных нервов.
- 4) чувствительные нарушения.
- 5) вегетативные нарушения.

#

159. 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
- 5) клинических проявлений нет

#

160. В лечении полирадикулонейропатии Гийена-Барре используется все за исключением:

- 1) назначение миорелаксантов
- 2) плазмаферез
- 3) назначение кортикостероидов
- 4) назначение нестероидных противовоспалительных препаратов
- 5) назначение антихолинэстеразных препаратов

#

161. 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

#

162. Отметьте наиболее характерные признаки неврита лицевого нерва:

- 1) резкая стреляющая боль;
- 2) лагофтальм, паралич мимических мышц;
- 3) амавроз;
- 4) снижение слуха;
- 5) аналгезия половины лица.

#

163. При невралгии тройничного нерва больные жалуются

- 1) на постоянные ноющие боли, захватывающие половину лица
- 2) на короткие пароксизмы интенсивной боли в течение 1-2 минуты, 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
- 5) все ответы правильные

#

164. К острым нарушениям мозгового кровообращения относятся:

- 1) церебральный сосудистый криз
- 2) геморрагический инсульт
- 3) ишемический инсульт
- 4) преходящие нарушения мозгового кровообращения
- 5) все перечисленные

#

165. К эпилептическим припадкам относится все, кроме:

- 1) джексоновский приступ.
- 2) миоклонии.
- 3) генерализованный тонико-клонический приступ.
- 4) дроб-атака.
- 5) абсанс.

#

166. Для нейропатии лицевого нерва типично

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

#

167. Для простых абсансов характерно:

- 1) падение больного
- 2) клонические подергивания конечностей
- 3) замирания
- 4) отключение сознания длительные
- 5) непроизвольное мочеиспускание

#

168. Миоклонические припадки – это:

- 1) кратковременные отключения сознания
- 2) односторонние клонические подергивания
- 3) внезапное снижение мышечного тонуса
- 4) внезапные кратковременные произвольные мышечные сокращения
- 5) генерализованные клонические подергивания

#

169. У больного периодически возникал отсутствующий взгляд, в это время не реагировал на окружающих, падений и судорог не было. Назовите тип припадка:

- 1) генерализованный тонический
- 2) атонический
- 3) джексоновский
- 4) абсанс
- 5) миоклонический.

#

170. Этиологическими факторами идиопатической эпилепсии является

- 1) генная мутация
- 2) родовая травма
- 3) гемолитическая болезнь новорожденных
- 4) черепно-мозговая травма
- 5) нарушение электролитного баланса

#

171. Для лечения судорожных припадков соблюдаются принципы, кроме:

- 1) длительность
- 2) преемственность
- 3) непрерывность
- 4) прерывность
- 5) индивидуальность

#

172. Для лечения генерализованных припадков препаратом первого ряда является:

- 1) карбамазепин
- 2) вальпроаты (депакин, конвулекс)
- 3) седуксен
- 4) натрия оксипутират
- 5) фенобарбитал

#

173. Тоническая фаза генерализованного эпилептического припадка сопровождается:

- 1) разлитым цианозом
- 2) подергивание глазных яблок
- 3) продолжается до 10 мин
- 4) бледностью лица
- 5) гиперсаливацией

#

174. В ликворе: белок 2,5 г/л, цитоз 1000, лимфоциты – 30%, нейтрофилы – 70% характерны для:

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

#

175. В ликворе: белок 1,2 г/л, цитоз 150, лимфоциты – 70%, нейтрофилы – 30%, выщелочные эритроциты характерны для:

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

#

176. К генерализованным эпилептическим приступам относятся

- 1) джексоновские
- 2) вегетативно-висцеральные
- 3) соматосенсорные
- 4) с нарушением психических функций
- 5) абсансы

#

177. К неэпилептическим припадкам относится все, кроме:

- 1) фебрильные судороги.
- 2) аффективно-респираторные приступы.
- 3) карпо-педальные спазмы.
- 4) абсанс.
- 5) тики.

- #
178. В основе патогенеза первичных вирусных энцефалитов лежит
- 1) сосудистая реакция
 - 2) взаимодействие вируса и нейрона
 - 3) региональный отек
 - 4) циркуляторная гипоксия
 - 5) инфекционно-аллергический процесс
- #
179. В основе патогенеза вторичных энцефалитов лежит
- 1) сосудистая реакция
 - 2) взаимодействие вируса и нейрона
 - 3) региональный отек
 - 4) циркуляторная гипоксия
 - 5) инфекционно-аллергический процесс
- #
180. К менингеальным симптомам не относятся:
- 1) симптом Брудзинского.
 - 2) ригидность затылочных мышц.
 - 3) симптом Лессажа
 - 4) симптом Кернига.
 - 5) симптом Нери.
- #
181. Кровоизлияние в мозг развивается, как правило:
- 1) ночью во время сна
 - 2) утром после сна
 - 3) днем в период активной деятельности
 - 4) днем в покое
 - 5) не зависит от времени суток
- #
182. К преходящим нарушениям мозгового кровообращения относятся
- 1) транзиторные ишемические атаки
 - 2) субарахноидальное кровоизлияние
 - 3) геморрагический инсульт
 - 4) малый инсульт
 - 5) ишемический инсульт
- #
183. Причиной инсульта у детей является
- 1) аномалия развития сосудов головного мозга
 - 2) стойкая артериальная гипертензия
 - 3) болезни крови
 - 4) ревматизм
 - 5) все перечисленное
- #
184. Поражение нервной системы ВИЧ-инфекцией проявляется
- 1) обратимой энцефалопатией
 - 2) острым рецидивирующим менингитом
 - 3) миелопатией
 - 4) всем перечисленным
 - 5) верно 1 и 3
- #
185. В классификации черепно-мозговой травмы выделяют:
- 1) сотрясение легкой степени
 - 2) сотрясение средней тяжести
 - 3) сотрясение тяжелой степени
 - 4) диффузное аксональное повреждение мозга
 - 5) все ответы правильные
- #
186. К противосудорожным препаратам не относятся:
- 1) фенobarбитал
 - 2) бензонал
 - 3) допамин
 - 4) финлепсин
 - 5) дифенин
- #
187. При введении оксибутирата натрия существует опасность:
- 1) гипертонического криза
 - 2) снижения АД
 - 3) угнетение дыхания
 - 4) желудочно-кишечные расстройства
 - 5) нарушения ритма сердца

- #
188. К эпилептиформным паттернам относится все, кроме:
- 1) острые волны.
 - 2) спайк-волны.
 - 3) острая-медленная волна.
 - 4) полипики.
 - 5) альфа волны.
- #
189. У ребенка появились поворот головы и глаз влево, а затем тоническое напряжение с потерей сознания. Назовите тип припадка.
- 1) генерализованный тонико-клонический
 - 2) атонический
 - 3) адверсивный
 - 4) абсанс
 - 5) миоклонический.
- #
190. Первичный гнойный менингит вызывается
- 1) стафилококком
 - 2) гемофильной палочкой
 - 3) стрептококком и клебсиеллой
 - 4) менингококком
 - 5) пневмококком и синегнойной палочкой
- #
191. Для определения этиологии гнойного менингита возбудителя выделяют из:
- 1) крови и носоглотки
 - 2) носоглотки
 - 3) только крови
 - 4) спинномозговой жидкости
 - 5) носоглотки и кала
- #
192. В ликворе: белок 1,2 г/л, цитоз 250, лимфоциты – 70%, нейтрофилы – 30% характерны для:
- 1) менингизма
 - 2) серозного менингита
 - 3) гнойного менингита
 - 4) субарахноидального кровоизлияния
 - 5) нормальные показатели
- #
193. В ликворе: белок 0,4 г/л, цитоз 10, лимфоциты – 85%, нейтрофилы – 15%, вытекает струей:
- 1) менингизм
 - 2) серозный менингит
 - 3) гнойный менингит
 - 4) субарахноидальное кровоизлияние
 - 5) нормальные показатели
- #
194. Малая хоря возможна:
- 1) при клещевом энцефалите
 - 2) при ревматизме у детей
 - 3) при эпидемическом цереброспинальном менингите
 - 4) при поствакцинальном энцефалите
 - 5) при паркинсонизме
- #
195. В лечении хорей используют:
- 1) преднизолон
 - 2) пенициллины
 - 3) аспирин.
 - 4) Верно 1 и 3
 - 5) Все ответы правильные
- #
196. У больного появилось подергивание левой половины лица, кисти с последующим распространением на все туловище. Назовите тип припадка.
- 1) первичный генерализованный
 - 2) вторично-генерализованный
 - 3) атонический
 - 4) адверсивный
 - 5) миоклонический.
- #
197. У больного периодически появлялись кратковременные приступы с потерей сознания и внезапным падением. Назовите тип припадка.
- 1) первичный генерализованный
 - 2) вторично-генерализованный

- 3) атонический
- 4) адверсивный
- 5) миоклонический.

#

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

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

#

199. Первичные серозные менингиты вызываются

- 1) микробами
- 2) вирусами
- 3) простейшими
- 4) грибами
- 5) этиология неизвестна

#

200. Клиническим симптомам гнойного менингита относятся

- 1) ригидность затылочных мышц
- 2) симптом Кернига
- 3) симптом Брудзинского
- 4) ничего из перечисленного
- 5) все из перечисленного

#

201. Менингеальный синдром включает все симптомы, кроме:

- 1) болевые.
- 2) общей гиперестезии.
- 3) симптом Кернига
- 4) симптом Лессажа.
- 5) патологические рефлексы.

#

202. Спинномозговая жидкость прозрачная, бесцветная, давление 190 мм.вод. ст., реакция Панди +++, белок 1,67 г\л, цитоз 179 , лимфоциты 70%, Реакция Вассермана +++. Каков характер поражения?

- 1) нейробруцеллез.
- 2) нейросифилис.
- 3) вирусный менингит.
- 4) ишемический инсульт.
- 5) миелит.

#

203. Клещевой энцефалит

- 1) имеет осеннюю сезонность
- 2) имеет осенне-зимнюю сезонность
- 3) имеет летнюю сезонность
- 4) имеет весенне-летнюю сезонность
- 5) не имеет сезонности

#

204. Наличие тетрапареза, грубее выраженного в руках, выраженная задержка психоречевого развития характерны для формы ДЦП:

- 1) двойной гемиплегии
- 2) спастической диплегии
- 3) гемиплегической
- 4) гиперкинетической
- 5) атонически-астатической

#

205. При детском церебральном параличе не выделяют формы:

- 1) гемиплегическую
- 2) миопатическую
- 3) гиперкинетическую
- 4) атонически-астатическую
- 5) двойную гемиплегическую

#

206. 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 произвольным мочеиспусканием
- 5) сопровождается громким криком или стоном

#

207. Признаки генерализованного эпилептического припадка все, кроме:

- 1) психо-моторное возбуждение
 - 2) тонико-клонические судороги
 - 3) миоз
 - 4) утрата сознания
 - 5) амнезия постприступная
 - #
208. К противосудорожным препаратам относятся следующие препараты, кроме:
- 1) конвулекс
 - 2) ривотрил
 - 3) депакин
 - 4) имован
 - 5) карбамазепин
 - #
209. Основными критериями отмены антибиотиков при гнойном менингите являются:
- 1) Нормализация температуры
 - 2) Санация ликвора
 - 3) Нормализация крови
 - 4) Исчезновение менингеального синдрома
 - 5) Хорошее самочувствие больного
 - #
210. При каких заболеваниях возможен лимфоцитарный плеоцитоз в ликворе, кроме:
- 1) серозный менингит.
 - 2) абсцесс головного мозга.
 - 3) энцефалит
 - 4) бруцеллезный менингит.
 - 5) туберкулезный менингит.
 - #
211. Для клинической картины мигрени характерны симптомы:
- 1) наследственный характер
 - 2) односторонность
 - 3) пульсирующие боли
 - 4) все ответы правильные
 - 5) все ответы неправильные
 - #
212. При гиперкинетической форме детского церебрального паралича:
- 1) преобладает тикозный гиперкинез
 - 2) преобладает тремор
 - 3) преобладает атетоз, торсионная дистония
 - 4) сочетание всех перечисленных видов
 - 5) преобладают миоклонии
 - #
213. Наличие низкого мышечного тонуса, задержки психоречевого развития, тремора характерно для формы ДЦП:
- 1) двойной гемиплегии
 - 2) спастической диплегии
 - 3) гемиплегической
 - 4) гиперкинетической
 - 5) атонически-астатической
 - #
214. Для классической невралгии тройничного нерва характерны
- 1) перманентный болевой синдром
 - 2) гипалгезии на лице в области иннервации II и III ветвей V нерва
 - 3) триггерные точки на лице
 - 4) психомоторное возбуждение во время приступа
 - 5) все ответы правильные
 - #
215. Какие признаки характерны для кровоизлияния в ствол мозга:
- 1) судороги.
 - 2) амавроз.
 - 3) псевдобульбарный синдром.
 - 4) ригидность затылочных мышц.
 - 5) нарушение дыхания и сердечного ритма.
 - #
216. При гнойном менингите неустановленной этиологии применяются:
- 1) два антибиотика широкого спектра действия
 - 2) один антибиотик и сульфаниламиды
 - 3) количество антибиотиков зависит от возраста
 - 4) один антибиотик и гамма-глобулин
 - 5) глюкокортикоиды
 - #

217. Спинальная жидкость прозрачная, бесцветная, давление 260 мм. вод. ст., реакция Панди +++, белок 3,75 г\л , цитоз 200. Для какого синдрома это характерно?
- 1) клеточно-белковой диссоциации
 - 2) белково-клеточной диссоциации
 - 3) норма
 - 4) внутричерепной гипертензии
 - 5) гидроцефалии
- #
218. Наиболее стойким синдром при хорее является
- 1) гиперкинез
 - 2) расстройство координации
 - 3) психомоторное возбуждение
 - 4) дизартрия
 - 5) мышечный гипертонус
- #
219. Укажите, какие из перечисленных симптомов характерны для клиники хорей:
- 1) частые ангины
 - 2) головные боли
 - 3) симптом Горнера
 - 4) гиперкинезы
 - 5) параличи
- #
220. Приступ мигрени провоцируют:
- 1) эмоциональный и физический стресс
 - 2) нарушение сна
 - 3) некоторые продукты
 - 4) все перечисленное
 - 5) ничего из перечисленного
- #
221. При субарахноидальном кровоизлиянии обязательным является
- 1) утрата сознания
 - 2) кровянистый ликвор
 - 3) смещение срединного эхо-сигнала
 - 4) контралатеральный гемипарез
 - 5) все ответы правильные
- #
222. Характерные диагностические признаки субдуральной гематомы получают
- 1) при компьютерной томографии
 - 2) при электроэнцефалографии
 - 3) при спондилографии
 - 4) при реоэнцефалографии
 - 5) при краниографии
- #
223. Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие
- 1) гомонимной гемианопсии
 - 2) битемпоральной гемианопсии
 - 3) биназальной гемианопсии
 - 4) концентрического сужения полей зрения
 - 5) амавроза
- #
224. «Светлый промежуток» типичен для:
- 1) субарахноидального кровоизлияния
 - 2) внутрижелудочкового кровоизлияния
 - 3) мелкоочечного паренхиматозного кровоизлияния
 - 4) эпидуральной гематомы
 - 5) внутримозговой гематомы
- #
225. Противопоказанием к оперативному лечению гидроцефалии является:
- 1) гидроанэнцефалия
 - 2) резкое истощение
 - 3) текущий воспалительный процесс
 - 4) высокое содержание белка (более 2 г/л) в ликворе
 - 5) все перечисленное
- #
226. Закрытая черепно-мозговая травма - это:
- 1) перелом основания черепа с ликвореей
 - 2) перелом основания черепа с кровотечением
 - 3) повреждение мягких тканей до апоневроза
 - 4) повреждение тканей до твердой мозговой оболочки
 - 5) правильного ответа нет

- #
227. Черепно-мозговая травма считается проникающей, если есть:
- 1) повреждение мягких тканей до апоневроза
 - 2) линейный перелом костей свода черепа
 - 3) нарушение целостности твердой мозговой оболочки
 - 4) все ответы правильные
 - 5) все ответы неправильные
- #
228. Сотрясение головного мозга характеризуется всем, кроме
- 1) потери сознания
 - 2) повторной рвоты
 - 3) микроочаговой неврологической симптоматикой
 - 4) стойкой очаговой симптоматикой
 - 5) сонливостью в первые часы после травмы
- #
229. Для лечения миастенического криза применяются
- 1) искусственная вентиляция легких
 - 2) плазмферез
 - 3) кортикостероиды
 - 4) антихолинэстеразные
 - 5) все ответы правильные
- #
230. Для лечения холинергического криза применяются:
- 1) прозерин
 - 2) атропин
 - 3) препараты калия
 - 4) седуксен
 - 5) все ответы правильные
- #
231. Для классической мигрени характерно все, кроме:
- 1) светобоязнь
 - 2) гемикрания
 - 3) тошнота и рвота
 - 4) наследственность не отягощена
 - 5) периодичность возникновения.
- #
232. Появление фотопсий в виде светящихся точек, искр, линий в начале приступа мигрени свидетельствует о поражении:
- 1) сетчатки
 - 2) зрительного нерва
 - 3) зрительного тракта
 - 4) зрительного перекреста
 - 5) коры затылочной доли.
- #
233. Детский церебральный паралич является:
- 1) наследственным заболеванием
 - 2) хромосомной патологией
 - 3) следствием нейроинфекции
 - 4) исходом перинатальной энцефалопатии
 - 5) подкорковой дегенерацией
- #
234. Наличие тетрапареза, грубее выраженного в ногах, умеренная задержка психоречевого развития характерны для формы ДЦП:
- 1) двойной гемиплегии
 - 2) спастической диплегии
 - 3) гемиплегической
 - 4) гиперкинетической
 - 5) атонически-астатической
- #
235. При малом инсульте клинические симптомы:
- 1) сохраняются до 6 часов
 - 2) сохраняются до 24 часов
 - 3) исчезают полностью от 2 суток до 3 недель
 - 4) исчезают через 1 месяц
 - 5) исчезают через 3 месяца
- #
236. Клиническими признаками миастении являются:
- 1) Мышечные атрофии
 - 2) Псевдогипертрофии
 - 3) Центральные парезы
 - 4) Патологическая утомляемость мышц

- 5) Замедление расслабления мышцы после ее сокращения
#
237. При лечении миастении возможна патогенетическая терапия в виде:
- 1) нефрозэктомия
 - 2) спленэктомии.
 - 3) тиреоэктомии.
 - 4) тимэктомии.
 - 5) аппендэктомии.
- #
238. Для ушиба головного мозга наиболее характерно:
- 1) общемозговая симптоматика
 - 2) нарушение витальных функций
 - 3) очаговая неврологическая симптоматика
 - 4) все ответы неправильные
 - 5) все ответы правильные
- #
239. Для сдавления головного мозга типично:
- 1) наличие светлого промежутка
 - 2) длительное коматозное состояние
 - 3) наличие спастического тетрапареза
 - 4) перелом основания черепа
 - 5) линейный перелом костей свода черепа.
- #
240. Возбудителями СПИД-ассоциированных инфекций нервной системы являются
- 1) микобактерии туберкулеза
 - 2) аденовирусы
 - 3) кандиды
 - 4) вирусы простого герпеса
 - 5) все перечисленное
- #
241. При транзиторных ишемических атаках клинические симптомы:
- 1) сохраняются до 6 часов
 - 2) сохраняются до 24 часов
 - 3) исчезают полностью от 2 суток до 3 недель
 - 4) исчезают через 1 месяц
 - 5) исчезают через 3 месяца
- #
242. Для диагностики сосудистых мальформаций головного мозга применяют:
- 1) рентгенографию черепа
 - 2) ультразвуковую доплерографию
 - 3) электроэнцефалографию
 - 4) ангиографию
 - 5) реоэнцефалографию
- #
243. При ушибе головного мозга клинически имеется:
- 1) кратковременное нарушение сознания
 - 2) отсутствует нарушение витальных функций
 - 3) отсутствуют менингеальные симптомы
 - 4) очаговые симптомы поражения головного мозга
 - 5) гипотермия
- #
244. При сотрясении головного мозга обязательным методом исследования являются:
- 1) общий анализ крови, белок, электролиты
 - 2) компьютерная томография головного мозга
 - 3) магнитно-резонансная томография
 - 4) рентгенография черепа
 - 5) люмбальная пункция
- #
245. При миастении поражается:
- 1) центральный мотонейрон
 - 2) мотонейрон переднего рога
 - 3) периферический нерв
 - 4) нервно-мышечный синапс
 - 5) мышцы
- #
246. Для подтверждения диагноза миастении необходимо провести:
- 1) ЭЭГ
 - 2) ЭМГ
 - 3) Р-графия позвоночника
 - 4) Эхо – ЭГ

- 5) Прозериновую пробу
#
247. Постепенное нарастание мышечной слабости определенной группы мышц в течение дня характерно для:
- 1) менингита
 - 2) миастении
 - 3) миотонии
 - 4) амиотрофии
 - 5) миозита
- #
248. К антихолинэстеразным препаратам относится:
- 1) гепарин
 - 2) диакарб
 - 3) прозерин
 - 4) аспирин
 - 5) мидокалм
- #
249. Для нейропатии I ветви тройничного нерва характерно:
- 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
- #
250. Анатомическая область, которая поражается при миастении:
- 1) центральный мотонейрон
 - 2) мотонейрон переднего рога
 - 3) периферический нерв
 - 4) нервно-мышечный синапс
 - 5) мышцы
- #
251. Приступообразные боли в одной половине лица, иногда со слезотечением, выделением слизи из носа, слюнотечением, возникают при
- 1) неврите лицевого нерва
 - 2) невралгии тройничного нерва
 - 3) невралгии языкоглоточного нерва
 - 4) невралгия носорисничного узла
 - 5) невралгии ушно-височного нерва
- #
252. Нарастающие, упорные головные боли распирающего характера и явления застоя на глазном дне характерны для
- 1) энцефалита
 - 2) менингита
 - 3) опухоли головного мозга
 - 4) рассеянного склероза
 - 5) все ответы правильные
- #
253. К развитию тромбоза мозговых артерий не приводит:
- 1) снижение АД и замедление кровотока;
 - 2) повышение вязкости и агрегации;
 - 3) повышение коагуляционной активности крови;
 - 4) повышение фибринолитической активности крови;
 - 5) все ответы неправильные.
- #
254. 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
 - 5) все ответы не правильные
- #
255. Для нейропатии седалищного нерва характерны:
- 1) симптом Вассермана;
 - 2) выпадение ахиллова рефлекса;
 - 3) выпадение коленного рефлекса;
 - 4) всё перечисленное;
 - 5) верно 1) и 2
- #
256. Для невралгии языкоглоточного нерва характерны:
- 1) приступы стреляющих болей в корне языка;
 - 2) приступы стреляющих болей в миндалинах;

- 3) наличие курковых зон в корне языка;
4) всё вышеперечисленное;
5) все ответы неправильные
#
257. Нейрохимические изменения в подкорковых ядрах при болезни Паркинсона характеризуются:
1) уменьшением дофамина;
2) уменьшением ацетилхолина;
3) увеличением содержания норадреналина;
4) всё перечисленное;
5) верно 1) и 3).
#
258. Гиперкинез в виде непроизвольных червеобразных движений в пальцах рук, усиливающийся при движении и проходящий во сне называется:
1) хорей;
2) атетоз;
3) торсионная дистония;
4) тики;
5) все ответы неправильные .
#
259. Для поражения корешков конского хвоста не характерно:
1) жестокие корешковые боли.
2) периферический паралич ног.
3) недержание кала.
4) недержание мочи.
5) патологические рефлексy
#
260. При поражении большеберцового нерва возникает:
1) «когтистая» стопа;
2) атрофия икроножной мышцы;
3) отсутствие ахиллова рефлекса;
4) при ходьбе больной встаёт на пятки и не может встать на носок;
5) всё перечисленное.
#
261. К преходящим нарушениям мозгового кровообращения относятся
1) транзиторные ишемические атаки
2) субарахноидальное кровоизлияние
3) геморрагический инсульт
4) малый инсульт
5) ишемический инсульт
#
262. Поздние формы нейросифилиса встречаются в виде:
1) гуммы мозга;
2) спинной сухотки;
3) прогрессивного паралича;
4) всего перечисленного;
5) все ответы неправильные.
#
263. Психические нарушения при СПИДе представлены следующими симптомами:
1) снижением памяти и критики;
2) дезориентированностью и галлюцинациями;
3) прогрессирующей деменцией;
4) всё перечисленное;
5) все ответы неправильные.
#
264. Наиболее частой причиной односторонних болей в лице, сопровождающихся выраженной вегетативной симптоматикой, является
1) крылонебная невралгия
2) невралгия языкоглоточного нерва
3) пучковые (кластерные) головные боли
4) невралгия тройничного нерва
5) верно 1, 3, 4
265. Диагноз преходящего нарушения мозгового кровообращения устанавливают, если очаговая симптоматика подвергается полному регрессу не позднее:
1) 1 суток;
2) 1 недели;
3) 2 недель;
4) 3 недель;
5) 1 месяца

266. Для острого клещевого энцефалита не характерны
- 1) заболевание в осенне-зимний период
 - 2) менингоэнцефалитический синдром
 - 3) повышение внутричерепного давления
 - 4) вялые парезы и параличи мышц плечевого пояса
 - 5) лихорадка в начале заболевания
- #
267. Боли в спине могут быть обусловлены следующими органическими поражениями:
- 1) анкилозирующим спондилоартритом
 - 2) метаболическим поражением костей
 - 3) метастазами опухолей
 - 4) туберкулезным спондилитом
 - 5) все ответы верные
- #
268. Болезнь Паркинсона может проявиться следующими синдромами:
- 1) хореоатетодным;
 - 2) акинетико-ригидным;
 - 3) вестибуло-мозжечковым;
 - 4) дендорубральным;
 - 5) все ответы правильные.
269. Для компрессионной нейропатии локтевого нерва (синдром ущемления в области локтевого сустава) характерны
- 1) слабость II, III пальцев кисти
 - 2) атрофия мышц возвышения мизинца
 - 3) боли по радиальной поверхности кисти
 - 4) крыловидная лопатка
 - 5) все ответы не правильные
- #
270. Для невралгии тройничного нерва характерно:
- 1) боли в области корня языка
 - 2) курчковые и триггерные зоны
 - 3) боли в области орбиты и полости носа с одной стороны
 - 4) атрофия жевательной мышцы
 - 5) все ответы верны
- #
271. Отвисание стопы вниз и внутрь, походка типа «степпаж», невозможность ходить на пятках, чувствительные расстройства по наружной поверхности голени и тыла стопы, нерезко выраженный болевой синдром наблюдаются при поражении нерва:
- 1) бедренного;
 - 2) малоберцового;
 - 3) большеберцового;
 - 4) наружного кожного бедренного;
 - 5) верно 1 и 2.
- #
272. Отметьте, какие структуры нервной системы поражаются при спинной сухотке?
- 1) зрительные нервы и пирамидные пути;
 - 2) зрительные нервы и задние столбы;
 - 3) пирамидные и спино-таламические пути;
 - 4) задние и передние рога спинного мозга;
 - 5) базальные ганглии.
- #
273. Укажите, какой отдел нервной системы чаще всего страдает при полиомиелите?
- 1) подкорковые узлы;
 - 2) задние рога спинного мозга;
 - 3) передние рога спинного мозга;
 - 4) передние корешки спинного мозга;
 - 5) задние корешки спинного мозга.
- #
274. Наиболее характерным для острой стадии эпидемического энцефалита является синдром
- 1) атаксический
 - 2) гиперкинетический
 - 3) гиперсомнически-офтальмоплегический
 - 4) судорожный
 - 5) коматозный
- #
275. Укажите исследования для подтверждения диагноза субарахноидальной геморрагии:
- 1) КТ;
 - 2) ЭЭГ;
 - 3) коагулограмма;
 - 4) исследование ликвора;

5) верно 1) и 4)

#

276. Для классической мигрени не свойственно:

- 1) светобоязнь
- 2) гемикрания
- 3) тошнота и рвота
- 4) отсутствие наследственного фактора
- 5) периодичность возникновения.

#

277. Для оценки эффективности лечения эпилепсии применяют:

- 1) краниографию;
- 2) компьютерную томографию;
- 3) ЭЭГ;
- 4) Эхо-ЭГ;
- 5) ангиографию.

#

278. У ребёнка периодически возникал отсутствующий взгляд. Во время краткого «отсутствия» не отзывался на своё имя.

Падений и судорог не было. Назовите тип припадков:

- 1) генерализованный тонико-клонический;
- 2) абсанс;
- 3) сложный парциальный;
- 4) джексоновский;
- 5) миоклонический.

#

279. Клинические проявления опухоли затылочной доли:

- 1) гемипарез;
- 2) дизартрия;
- 3) anosmia;
- 4) гемианопсия;
- 5) сенситивная атаксия.

#

280. Диагноз нейросифилиса подтверждается следующими методами исследования цереброспинальной жидкости, за исключением

- 1) реакции Вассермана с тремя разведениями ликвора
- 2) РИФ
- 3) коллоидной реакции Таката - Ара
- 4) реакции иммобилизации бледных трепонем
- 5) правильного ответа нет

#

281. Серозные менингиты могут вызывать следующие возбудители за исключением

- 1) Энттеровирусов
- 2) вируса лимфоцитарного хориоменингита
- 3) пневмококка
- 4) микобактерии туберкулеза
- 5) бледной трепонемы

#

282. Дифференциальный диагноз бактериального гнойного менингита и спонтанного субарахноидального кровоизлияния основывается в первую очередь на

- 1) наличии менингеального синдрома
- 2) повышении давления спинномозговой жидкости
- 3) характере изменений спинномозговой жидкости
- 4) эхо-энцефалоскопии
- 5) темпе развития симптомов

#

283. Значительное снижение уровня сахара в спинномозговой жидкости характерно для менингита

- 1) гриппозного
- 2) пневмококкового
- 3) паротитного
- 4) туберкулезного
- 5) сифилитического

#

284. Для синдрома ущемления малоберцового нерва в области подколенной ямки характерны

- 1) слабость подошвенных сгибателей стопы
- 2) гипотрофия перонеальной группы мышц
- 3) гипалгезия внутренней поверхности голени
- 4) слабость четырехглавой мышцы бедра
- 5) верно 3 и 4

#

285. Для поражения блуждающего нерва не характерны

- 1) дисфония

- 2) дисфагия
 - 3) нарушение сердечного ритма
 - 4) нарушение вкуса
 - 5) изменение артериального давления
- #
286. Клиническими признаками поражения малоберцового нерва являются
- 1) парез разгибателей стопы
 - 2) гипестезия по внутренней поверхности голени
 - 3) выпадение ахиллова рефлекса
 - 4) выпадение коленного рефлекса
 - 5) верно 3 и 4
- #
287. Для нейропатии большеберцового нерва характерны:
- 1) выпадение ахиллова рефлекса
 - 2) нарушение чувствительности на передней поверхности голени
 - 3) парез четырехглавой мышцы бедра
 - 4) парез разгибателей стопы
 - 5) выпадение коленного рефлекса
- #
288. Где находятся симпатические нейроны, участвующие в симпатической иннервации глаза:
- 1) в боковых рогах С2-С4
 - 2) в боковых рогах С4-С6
 - 3) в боковых рогах С8-Т1
 - 4) в боковых рогах D3-D5
 - 5) в боковых рогах S3-S5
- #
289. Какими симптомами характеризуется синдром Броуна-Секара
- 1) гемианестезией поверхностной чувствительности в противоположной очагу конечностях, нарушением чувствительности по сегментарному типу на стороне очага
 - 2) нарушением глубокой чувствительности и двигательными расстройствами на стороне поражения и поверхностной чувствительности – на противоположной
 - 3) нарушением глубокой чувствительности при сохранении поверхностной, сенситивной атаксией.
 - 4) болями и расстройствами чувствительности по типу « носков», «перчаток»
 - 5) нарушением глубокой чувствительности и двигательными расстройствами на противоположной стороне от очага поражения
- #
290. 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
- #
291. При клещевом энцефалите наиболее часто поражаются
- 1) подкорковые узлы
 - 2) промежуточный мозг
 - 3) средний мозг
 - 4) мозжечок и его связи
 - 5) шейные сегменты спинного мозга и ядра продолговатого мозга
- #
292. Синдром Аргайла Робертсона наблюдается?
- 1) при рассеянном склерозе
 - 2) при синдроме Парино
 - 3) при нейросифилисе
 - 4) при болезни Альцгеймера
 - 5) при алкоголизме
- #
293. Для невралгии языкоглоточного нерва характерны
- 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
- #
294. Для нейропатии лицевого нерва типично
- 1) птоз
 - 2) гипестезия половины лица
 - 3) парез мимической мускулатуры половины лица
 - 4) расходящееся косоглазие
 - 5) нарушение жевания

#

295. При поражении тройничного (V) нерва возникает:

- 1) прозопарез
- 2) нарушение чувствительности кожи лица
- 3) слезотечение
- 4) снижение слуха
- 5) гиперacusия

#

296. Для острого очагового поперечного миелита на нижнегрудном уровне не характерно наличие

- 1) нижней параплегии
- 2) проводникового типа нарушения чувствительности
- 3) нарушений функций тазовых органов
- 4) вялого парапареза
- 5) верно 2 и 3

#

297. Наиболее частая картина глазного дна при ишемическом инсульте:

- 1) норма
- 2) кровоизлияния в сетчатку
- 3) ангиосклероз сетчатки
- 4) побледнение височных половин дисков зрительного нерва
- 5) верно 2 и 4

#

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

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

#

299. При менингитах и энцефалитах абсолютно противопоказано введение

- 1) маннитола
- 2) глицерина
- 3) оксибутирата натрия
- 4) актовегина
- 5) растворов глюкозы

#

300. Клоническая фаза генерализованного эпилептического припадка:

- 1) продолжается 1-2 мин
- 2) сочетается с ясным сознанием больного
- 3) сопровождается резким сужением зрачка
- 4) никогда не сопровождается произвольным мочеиспусканием
- 5) сопровождается громким криком или стоном

#

301. Для хронической формы летаргического энцефалита Экономо характерны:

- 2) слепота;
- 3) гемиплегия;
- 4) параплегия;
- 5) паркинсонизм;
- 6) судорожные приступы.

#

302. При миастении поражаются:

- 2) клетки передних рогов;
- 3) нервно-мышечные синапсы;
- 4) чувствительные ганглии;
- 5) ядра черепно-мозговых нервов;
- 6) симпатические ганглии.

#

303. Решающее значение в диагностике менингита имеет

- 1) острое начало заболевания с повышением температуры
- 2) острое начало заболевания с менингеальным синдромом
- 3) изменение спинномозговой жидкости
- 4) синдром инфекционно-токсического шока
- 5) все ответы правильные

#

304. Термином «табетические кризы» у больных спинной сухоткой обозначают

- 1) пароксизмы тахикардии
- 2) колебание артериального давления
- 3) пароксизмы болей рвущего, стреляющего характера
- 4) эпизоды профузной потливости и общей слабости
- 5) всё перечисленное

- #
305. Пробы, используемые при проведении ЭЭГ-исследования для выявления эпилептической активности:
- 1) приём нитроглицерина;
 - 2) ортостатическая проба;
 - 3) фотостимуляция, гипервентиляция;
 - 4) раздражение электрическим током;
 - 5) физическая нагрузка.
- #
306. При ЭХО-ЭГ исследуются:
- 1) суммарное сопротивление мозговой ткани электрическому току;
 - 2) биоэлектрическая активность мозга;
 - 3) отражённый ультразвуковой сигнал от срединных структур головного мозга;
 - 4) биоэлектрическая активность мышечной ткани;
 - 5) вызванные потенциалы головного мозга.
307. Клинический симптом пояснично-крестцового радикулита
- 1) ригидность затылочных мышц
 - 2) симптом Ласега
 - 3) симптом Горнера
 - 4) симптом Брудзинского
 - 5) все перечисленные
- #
308. Аура характерна для
- 1) геморрагического инсульта
 - 2) менингита
 - 3) энцефалита
 - 4) эпилепсии
 - 5) всего перечисленного
- #
309. Какой из ниже перечисленных двигательных симптомов не характерен для паркинсонизма:
- 1) феномен «зубчатого колеса» ;
 - 2) хорей;
 - 3) пропульсии;
 - 4) маскообразное лицо;
 - 5) шаркающая походка.
- #
310. Выберите из ниже перечисленных симптомов те, которые не характерны для рассеянного склероза:
- 1) повторные тонико-клонические припадки;
 - 2) многоочаговая неврологическая симптоматика;
 - 3) рецидивы ретробульбарного неврита зрительных нервов;
 - 4) прогрессирующая дисфункция мочевого пузыря;
 - 5) ремитирующее течение заболевания.
- #
311. Фактором, определяющим поражение нервов при дифтерийной полинейропатии, является
- 1) инфекционно-токсический
 - 2) генетический
 - 3) сосудистый
 - 4) метаболический
 - 5) все выше перечисленные
- #
312. Выберите симптомы не характерные для миастении:
- 1) слабость диафрагмы и межрёберных мышц;
 - 2) дисфагия, дисфония;
 - 3) слабость глазодвигательных мышц;
 - 4) мышечная слабость;
 - 5) свисающие кисти и стопы.
- #
313. 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
- #
314. В лечении полирадикулонейропатии Гийена-Барре используется все за исключением:
- 1) миорелаксантов
 - 2) плазмафереза
 - 3) кортикостероидов
 - 4) нестероидных противовоспалительных препаратов
 - 5) антихолинэстеразных препаратов

- #
315. Для полинейропатии Гийена - Барре характерно все, кроме
- 1) поражение черепных нервов
 - 2) расстройств чувствительности
 - 3) стойкая двусторонняя пирамидная симптоматика по центральному типу
 - 4) восходящий тип развития симптоматики
 - 5) верно 1 и 2
- #
316. Атетоз-это:
- 1) медленные червеобразные гиперкинезы кисти
 - 2) бросковые гиперкинезы конечностей
 - 3) вращательный гиперкинез туловища
 - 4) стереотипное сокращение отдельных групп мышц
 - 5) разновидность эпилептического приступа
- #
317. Признаками поражения лучевого нерва являются
- 1) "когтистая кисть"
 - 2) невозможность разгибания кисти
 - 3) невозможность отведения мизинца
 - 4) невозможность сгибания кисти
 - 5) каузалгия
- #
318. Для подтверждения диагноза гидроцефалии рекомендуется:
- 1) электромиография
 - 2) магнитно-резонансная томография
 - 3) электроэнцефалография
 - 4) ангиография
 - 5) доплерография
- #
319. «Мозаичность» периферических параличей встречается при:
- 1) нейробруцеллезе.
 - 2) нейроСПИДе.
 - 3) нейросифилисе.
 - 4) рассеянном склерозе.
 - 5) полиомиелите.
- #
320. 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
 - 5) верно 3 и 4
- #
321. В диагностике нервно-мышечных заболеваний не имеет значения
- 1) электрофизиологическое исследование
 - 2) биохимические исследования
 - 3) отоневрологическое исследование
 - 4) биопсия мышцы
 - 5) верно 1 и 2
- #
322. К терапии гипертонической энцефалопатии не относится назначение:
- 1) центральных антигипертензивных средств
 - 2) антихолинэстеразных препаратов
 - 3) антагонистов кальция
 - 4) α-адреноблокаторов
 - 5) ингибиторов АПФ
- #
323. Наиболее подходящее средство для лечения герпетического энцефалита:
- 1) циклофосфамид
 - 2) амфотерицин В
 - 3) гамма-глобулин
 - 4) метотрексат
 - 5) ацикловир
- #
324. К демиелинизирующим заболеваниям относится полинейропатия
- 1) Гийена - Барре
 - 2) диабетическая
 - 3) порфиридная
 - 4) гипотиреоидная
 - 5) все верно

#

325. В патогенезе болезни Паркинсона происходит дегенерация:

- 1) скорлупы
- 2) хвостатого ядра
- 3) черной субстанции
- 4) мозжечка
- 5) верно 3 и 4

#

326. При субарахноидальном кровоизлиянии не следует применять

- 1) анальгетики
- 2) антифибринолитики
- 3) блокаторы кальциевых каналов
- 4) фибринолитики
- 5) антигипертензивные средства

#

327. Больные с невралгией тройничного нерва жалуются

- 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
- 5) все ответы не верны

#

328. Быстрый темп утраты сознания, резкое нарушение дыхания, повышение артериального давления, брадикардия, багрово-цианотичный цвет лица, горметония более всего характерны для

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

#

329. Гнойный менингит не вызывают

- 1) стафилококки
- 2) менингококки
- 3) пневмококки
- 4) палочки Коха
- 5) стрептококки

#

330. Пентада Марбурга включает все перечисленное, кроме

- 1) нистагма
- 2) скандированной речи
- 3) гипертонии мышц
- 4) интенционного дрожания
- 5) выпадение брюшных рефлексов и деколорация височных половин дисков зрительных нервов

#

331. В основе патогенеза вторичных энцефалитов лежит

- 1) сосудистая реакция
- 2) взаимодействие вируса и нейрона
- 3) региональный отек
- 4) циркуляторная гипоксия
- 5) инфекционно-аллергический процесс

#

332. Для коматозного состояния не характерно

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

#

333. Для холинергического криза не характерно наличие

- 1) мидриаза
- 2) гиперсаливации
- 3) усиления перистальтики кишечника
- 4) миофибрилляций
- 5) пароксизмальным усилением мышечной слабости

#

334. В патогенезе ишемического инсульта играет роль

- 1) разрыв сосуда головного мозга
- 2) окклюзия мозгового сосуда
- 3) изменение состава электролитов крови

- 4) повышение проницаемости сосудистой стенки
5) все выше перечисленное
#
335. Для лечения рассеянного склероза целесообразно назначить:
1) интерфероны;
2) кортикостероиды;
3) плазмаферез;
4) всё перечисленное;
5) верно 2) и 3).
#
336. Какой препарат применяется во время миастенического криза?
1) лазикс
2) дибазол
3) кордиамин
4) прозерин
5) эуфиллин
#
337. Основным признаком фантомного болевого синдрома является
1) гипестезия в культе конечности
2) ощущение боли в несуществующей части удаленной конечности
3) отечность, цианоз культи конечности
4) все перечисленное
5) верно 1 и 2
#
338. Какой из признаков характерен для ишемического инсульта?
1) постепенное («мерцающее») появление симптомов;
2) преобладание очаговых симптомов над общемозговыми;
3) снижение кровотока по одной из артерий мозга по данным транскраниальной доплерографии;
4) нарушение сердечного ритма.
5) Все ответы верные
#
339. Какое средство не используют для лечения субарахноидального кровоизлияния при разрыве аневризмы?
1) хирургическое лечение;
2) коагулянты и антифибринолитические препараты;
3) этамзилат натрия (дицинон);
4) гепарин;
5) эпсилон-аминокапроновая кислота.
#
340. Метод исследования подтверждающий диагноз рассеянного склероза:
1) реакция Ланге
2) тест горячей ванны
3) вызванные потенциалы
4) МРТ в T2 режиме
5) мигательный рефлекс
#
341. При менингovasкулярном сифилисе наблюдается:
1) когнитивные нарушения
2) острые нарушения мозгового кровообращения
3) утрата глубокой чувствительности
4) все ответы верные
5) все ответы неверные
#
342. Джексоновские моторные припадки наблюдаются при локализации патологического очага
1) лобной доли
2) теменной доли
3) центральных извилин
4) извилины Гешля
5) височной доли
#
343. При клещевом энцефалите наиболее часто поражаются
1) подкорковые узлы
2) промежуточный мозг
3) средний мозг
4) мозжечок и его связи
5) шейные сегменты спинного мозга и ядра продолговатого мозга
#
344. К объективным симптомам менингеального синдрома относятся все ниже перечисленные, кроме:
1) симптом Кернига;
2) симптом Бабинского;

- 3) ригидность затылочных мышц;
4) симптомы Брудзинского (верхний, средний, нижний);
5) верно все
#
345. Возбудителями гнойного менингита могут быть:
1) менингококки;
2) пневмококки;
3) микобактерии туберкулёза;
4) энтеровирусы;
5) верно 1) и 2).
#
346. Критерии диагностики рассеянного склероза:
2) молодой возраст начала заболевания;
3) многоочаговое поражение ЦНС;
4) ремитирующее течение;
5) на МРТ очаги демиелинизации;
6) всё перечисленное.
#
347. Двигательные расстройства при рассеянном склерозе могут проявляться перечисленными синдромами, кроме:
2) Джексоновской эпилепсии;
3) центральным нижним парапарезом;
4) центральным гемипарезом;
5) центральным тетрапарезом;
6) всё перечисленное.
#
348. Для компрессионной нейропатии срединного нерва (синдром запястного канала) характерны
1) слабость IV, V пальцев
2) «свисающая» кисть
3) атрофия мышц возвышения большого пальца
4) невозможность разгибания кисти
5) атрофия мышц предплечья
#
349. Клиническими проявлениями миастении являются:
1) выраженный болевой синдром;
2) скованность в мышцах;
3) нарушение координации;
4) патологическая мышечная утомляемость
5) всё перечисленное.
#
350. Для дифтерийной полинейропатии не характерно наличие:
1) бульбарных расстройств
2) тазовых расстройств
3) расстройств чувствительности
4) нарушения аккомодации
5) все вышеперечисленное
#
351. Основные признаки субарахноидального кровоизлияния все, кроме
1) общемозговые симптомы
2) белково-клеточная диссоциация
3) менингеальные симптомы
4) кровь в ликворе
5) правильного ответа нет
#
352. Компьютерная томография мозга противопоказана, если у больного с поражением головного мозга
1) диагностирован инфаркт миокарда
2) появились признаки поражения ствола
3) бессознательное состояние
4) беременность
5) имеются металлические протезы
#
353. 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;
5) правильные ответы 1 и 2.
#
354. Холинергический криз снимается введением:

- 2) мидокалма
- 3) прозерина
- 4) атропина;
- 5) адреналина;
- 6) норадреналина.

#

355. Стадии дисциркуляторной энцефалопатии выделяют на основании, кроме

- 1) степени утраты трудоспособности
- 2) изменения показателей ЭЭГ и РЭГ
- 3) выраженности психических расстройств
- 4) степени повышения артериального давления
- 5) выраженности неврологического и психического дефекта

#

356. Люмбальную пункцию проводят между остистыми отростками позвонков:

- 2) L1 – L2;
- 3) L2 – L3;
- 4) L3 – L4;
- 5) Th1-L1;
- 6) все ответы правильные.

#

357. Наиболее эффективным методом патогенетической терапии невралгии тройничного нерва является назначение:

- 2) анальгетиков;
- 3) спазмолитиков;
- 4) противосудорожных средств;
- 5) всего перечисленного;
- 6) ничего из перечисленного.

#

358. Для инструментальной диагностики спонтанного субарахноидального кровоизлияния абсолютно необходимы данные

- 1) ангиографии
- 2) люмбальная пункция
- 3) ультразвуковой доплерографии
- 4) компьютерной томографии
- 5) верно 1, 2, 4

#

359. Продолжительность «терапевтического окна» при ишемическом инсульте

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

#

360. По данным КТ головного мозга определение ишемического инсульта затруднено:

- 1) в первые сутки после развития инсульта
- 2) через неделю после развития инсульта
- 3) через 1 месяц после развития инсульта
- 4) через 6 месяцев после развития инсульта
- 5) через год после развития инсульта

#

361. Причиной патологических нарушений при ботулизме является:

- 1) поражение мышечной ткани
- 2) нарушение нервно-мышечной передачи
- 3) демиелинизация
- 4) воспалительные изменения в нервах
- 5) все выше перечисленное

#

362. При отстаивании ликвора больного туберкулезным менингитом через 12-24 ч можно обнаружить

- 1) опалесценцию
- 2) ксантохромиию
- 3) фибриновую пленку
- 4) выпадение желтого осадка
- 5) ликвор не изменяется

#

363. При тяжелой миастении поражаются:

- 1) клетки передних рогов
- 2) нервно-мышечные синапсы
- 3) чувствительные ганглии
- 4) парасимпатические ганглии
- 5) симпатические ганглии

- #
364. Для клинической картины спинной сухотки характерно все перечисленное, кроме
- 1) болевого синдрома
 - 2) сенситивной атаксии
 - 3) патологических стопных знаков
 - 4) снижения сухожильных рефлексов
 - 5) все ответы правильны
- #
365. Неврит слухового и лицевого нервов, мозжечковая симптоматика на стороне поражения и гемипарез на противоположной стороне наблюдаются:
- 1) при опухоли мозжечка;
 - 2) синингобульбии;
 - 3) при опухоли лобной доли;
 - 4) при опухоли мосто-мозжечкового угла;
 - 5) при опухоли височной доли.
- #
366. Выберите противосудорожные препарат:
- 1) вальпроевая кислота;
 - 2) кавинтон;
 - 3) стугерон;
 - 4) преднизолон;
 - 5) прозерин.
- #
367. Какие исследования применяются для диагностики миастении:
- 1) биопсия мышц;
 - 2) ЭКГ
 - 3) прозеринный тест;
 - 4) КТ головного мозга;
 - 5) исследование глазного дна.
- #
368. К ликвородинамическим относятся следующие диагностические пробы, кроме
- 1) Квеккенштедта
 - 2) Пуссепы
 - 3) Стукея
 - 4) Мак-Клюра – Олдрича
 - 5) верно 3 и 4
- #
369. Патогенетической терапией невралгии тройничного нерва является назначение
- 1) анальгетиков
 - 2) спазмолитиков
 - 3) противосудорожных средств
 - 4) нейролептиков
 - 5) ничего из перечисленного
- #
370. Характерными признаками каузалгии являются
- 1) интенсивные жгучие боли, не соответствующие зоне иннервации травмированного нерва
 - 2) гипалгезия и парестезии в зоне иннервации травмированного нерва
 - 3) нестерпимая боль при давлении на нервный ствол
 - 4) все перечисленные
 - 5) ничего из перечисленного
- #
371. Этиологическими факторами идиопатической эпилепсии является
- 1) генная мутация
 - 2) родовая травма
 - 3) гемолитическая болезнь новорожденных
 - 4) черепно-мозговая травма
 - 5) нарушение электролитного баланса
- #
372. Для подтверждения диагноза гидроцефалии рекомендуется:
- 1) электромиография
 - 2) магнитно-резонансная томография
 - 3) электроэнцефалография
 - 4) ангиография
 - 5) доплерография
- #
373. При детском церебральном параличе не выделяют формы:
- 1) гемиплегическую
 - 2) миопатическую
 - 3) гиперкинетическую
 - 4) атонически-астатическую

5) двойную гемиплегическую

#

374. Патогенетическое лечение полирадикулонейропатии Гийена-Барре включает:

- 1) назначение цитостатиков
- 2) плазмаферез и кортикостероиды
- 3) назначение витаминов
- 4) назначение нестероидных противовоспалительных препаратов
- 5) назначение антихолинэстеразных препаратов

#

375. Эхо-энцефалоскопия информативна при локализации опухоли

- 1) в височной доле
- 2) в задней черепной ямке
- 3) в стволе мозга
- 4) в затылочной доле
- 5) верно 3 и 4

#

376. При увеличении субарахноидального пространства гидроцефалия является:

- 1) внутренней
- 2) наружной
- 3) сообщающейся
- 4) смешанной
- 5) конвексительной

#

377. Первичные поражение нервной системы при СПИДе проявляются:

- 1) энцефалопатией
- 2) миелопатией
- 3) острыми нарушениями кровообращения
- 4) верно 1 и 2
- 5) все ответы верные

#

378. Миастенический криз не сопровождается

- 1) пароксизмальным усилением мышечной слабости
- 2) угнетением глотания
- 3) гиперсаливацией, брадикардией
- 4) нарушением витальных функций
- 5) нет правильного ответа

#

379. Потребность в искусственной вентиляции легких может возникнуть при всех перечисленных неврологических заболеваниях, кроме

- 1) пароксизмальных миоплегий
- 2) полинейропатии Гийена - Барре
- 3) бокового амиотрофического склероза
- 4) миастении
- 5) верно 3 и 4

#

380. Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие

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

#

381. В развитии недостаточности кровоснабжения мозга при атеросклерозе играют роль все перечисленные факторы, кроме

- 1) стеноза магистральных сосудов на шее
- 2) снижения перфузионного давления
- 3) снижения эластичности эритроцитов
- 4) снижения активности свертывающей системы
- 5) верно 1 и 2

#

382. При компьютерно-томографической диагностике рассеянного склероза следует учитывать, что бляшки, как правило, не локализируются

- 1) в перивентрикулярном белом веществе
- 2) в субкортикальном белом веществе
- 3) в мосту мозга
- 4) в мозжечке
- 5) верно 1 и 2

#

383. Повторные субарахноидальные кровоизлияния возникают:

- 1) При аневризмах сосудов мозга

- 2) При ликворной гипертензии
 - 3) При ревматическом пороке сердца
 - 4) При опухоли глубинной локализации
 - 5) При артериальной гипотензии
 - #
384. При боковом амиотрофическом склерозе поражаются все перечисленные образования, кроме
- 1) нейронов передних рогов серого вещества спинного мозга
 - 2) нейронов боковых рогов серого вещества спинного мозга
 - 3) пирамидных проводников в боковых канатиках
 - 4) ядер двигательных черепных нервов
 - 5) нейронов коры передней центральной извилины
- #
385. К клиническим формам клещевого энцефалита относят все, кроме
- 1) менингеальной
 - 2) полиомиелитической
 - 3) летаргической
 - 4) полиоэнцефалитической
 - 5) лихорадочной
- #
386. Для энцефалитов характерно сочетание следующих симптомов, кроме:
- 1) общеинфекционных
 - 2) невротических
 - 3) общемозговых
 - 4) очаговых
 - 5) воспалительных изменений в спинномозговой жидкости
- #
387. Серозные менингиты могут вызывать следующие возбудители за исключением
- 1) энтеровирусов
 - 2) вируса лимфоцитарного хориоменингита
 - 3) пневмококка
 - 4) микобактерии туберкулеза
 - 5) бледной трепонемы
- #
388. Характерные диагностические признаки субдуральной гематомы получают
- 1) при компьютерной томографии
 - 2) при электроэнцефалографии
 - 3) при спондилографии
 - 4) при реоэнцефалографии
 - 5) при краниографии
- #
389. Для лечения посттравматической головной боли, обусловленной внутричерепной гипертензией, назначают все, кроме
- 1) центральные антигипертензивные средства
 - 2) осмотические диуретики
 - 3) глицерин
 - 4) салуретики
 - 5) верно 3 и 4
- #
390. При невралгии тройничного нерва для купирования приступа какой препарат следует выбрать?
- 1) Анальгин
 - 2) Карбамазепин
 - 3) Витамин В₁₂
 - 4) Сульфадимитоксин
 - 5) Темпалгин
- #
391. Адверсивные судорожные приступы с насильственным поворотом головы в здоровую сторону наступают при локализации опухоли в следующей доле мозга
- 1) лобной
 - 2) теменной
 - 3) височной
 - 4) затылочной
 - 5) одинаково часто в любой из перечисленных
- #
392. Следующие симптомы: психомоторное возбуждение, паралич аккомодации, тахикардия, увеличение секретиции слюнных желез являются проявлением передозировки
- 1) атропина
 - 2) прозерина
 - 3) ацетилхолина
 - 4) пилокарпина
 - 5) нитроглицерина
- #

393. Источником инфекции при полиомиелите являются
- 6) только больной
 - 7) больной или вирусоноситель
 - 8) мелкие грызуны, заражающие продукты питания
 - 9) коровы, овцы
 - 10) домашние животные
- #
394. Симптом "вклинивания" при проведении люмбальной пункции у больного с объемным спинальным процессом характеризуется
- 1) усилением корешковых болей при сдавлении шейных вен
 - 2) уменьшением неврологической симптоматики при давлении на переднюю брюшную стенку
 - 3) усилением корешковых болей при сгибании головы к груди
 - 4) нарастанием неврологической симптоматики после пункции
 - 5) присоединение инфекционно-токсического шока
- #
395. Первичные поражение нервной системы при СПИДе проявляются:
- 1) энцефалопатией
 - 2) миелопатией
 - 3) острыми нарушениями кровообращения
 - 4) верно 1 и 2
 - 5) все ответы верные
- #
396. Симптом центрального 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
- #
397. Выделяют следующие варианты течения рассеянного склероза, кроме:
- 1) ремиттирующее
 - 2) первично-прогрессирующее
 - 3) вторично-прогрессирующее
 - 4) подострое
 - 5) прогрессирующе-рецидивирующее
- #
398. Какие характерны симптомы при опухолях мозжечка:
- 1) тотальная афазия.
 - 2) джексоновские эпилептические припадки.
 - 3) галлюцинации.
 - 4) гемипарез
 - 5) статическая и динамическая атаксия.
- #
399. Симптом Лассега характерен для:
- 1) пояснично-крестцового радикулита.
 - 2) межреберной невралгии.
 - 3) шейно-плечевого радикулита.
 - 4) геморрагического инсульта.
 - 5) интрамедуллярной опухоли спинного мозга
- #
400. К повышению внутричерепного давления могут приводить следующие причины, кроме:
- 1) увеличение секреции спинномозговой жидкости
 - 2) уменьшение реабсорбции спинномозговой жидкости
 - 3) отек головного мозга
 - 4) объемные внутричерепные процессы
 - 5) дегенерация подкорковых структур
- #
401. При опухолях спинного мозга для диагностики типично:
- 1) наличие белково-клеточной диссоциации в ликворе
 - 2) наличие клеточно-белковой диссоциации в ликворе
 - 3) симптом Фостера-Кеннеди
 - 4) все перечисленное верно
 - 5) все перечисленное не верно
- #
402. При увеличении субарахноидального пространства гидроцефалия является:
- 1) внутренней
 - 2) наружной
 - 3) сообщающейся
 - 4) смешанной

- 5) конвексительной
#
403. При сотрясении головного мозга постельный режим назначается на:
1) 2-3 дня
2) 3-5 дней
3) 5-7 дней
4) 8-10 дней
5) до 3 недель
#
404. При ушибе головного мозга не характерно:
1) нарушение сознания длительное и глубокое
2) судорожные припадки
3) выражены очаговые симптомы
4) преходящие очаговые нарушения
5) переломы костей черепа
#
405. При сотрясении головного мозга обязательным методом исследования является:
1) общий анализ крови, белок, электролиты
2) компьютерная томография головного мозга
3) магнитно-резонансная томография
4) рентгенография черепа
5) люмбальная пункция
#
406. Для инструментальной диагностики спонтанного субарахноидального кровоизлияния абсолютно необходимы данные:
1) ангиографии
2) реоэнцефалографии
3) ультразвуковой доплерографии
4) компьютерной томографии
5) радиоизотопной скитиграфии
#
407. Для внутричерепной гипертензии характерна головная боль:
1) распирающего характера
2) колющего характера в затылочной части
3) пульсирующего характера по всей голове
4) пульсирующего характера с одной стороны
5) простреливающего характера
#
408. Для ушиба головного мозга наиболее характерно:
1) общемозговая симптоматика
2) нарушение витальных функций
3) очаговая неврологическая симптоматика
4) все ответы неправильные
5) все ответы правильные
#
409. Одним из первых симптомов органического поражения головного мозга при декомпенсированной гидроцефалии является:
1) гемипарез
2) бульбарный синдром
3) парепарез ног
4) атаксия
5) тетрапарез
#
410. Для диагностики сосудистых мальформаций головного мозга применяют:
1) рентгенографию черепа
2) ультразвуковую доплерографию
3) электроэнцефалографию
4) ангиографию
5) реоэнцефалографию
#
411. При паренхиматозном нейросифилисе наблюдается
1) когнитивные нарушения
2) острые нарушения мозгового кровообращения
3) базальный менингит
4) гидроцефалия
5) все ответы правильные
#
412. При малом инсульте клинические симптомы:
1) сохраняются до 6 часов
2) сохраняются до 24 часов

- 3) исчезают полностью от 2 суток до 3 недель
- 4) исчезают через 1 месяц
- 5) исчезают через 3 месяца

#

413. Какие признаки характерны для кровоизлияния в ствол мозга:

- 1) судороги.
- 2) амавроз.
- 3) псевдобульбарный синдром.
- 4) ригидность затылочных мышц.
- 5) нарушение дыхания и сердечного ритма.

#

414. Для офтальмоплегической мигрени не характерно:

- 1) Фотопсии
- 2) Парез глазодвигательного нерва
- 3) Гемианопсия
- 4) Парез мимических мышц
- 5) Скотомы

#

415. Для туберкулезного менингита не характерно:

- 1) мутный ликвор.
- 2) подострое начало заболевания.
- 3) снижение уровня сахара в ликворе.
- 4) повышение уровня сахара в ликворе.
- 5) выпадение фибриновой пленки в ликворе

#

416. Черепно-мозговая травма считается проникающей, если есть:

- 1) повреждение мягких тканей до апоневроза
- 2) линейный перелом костей свода черепа
- 3) нарушение целостности твердой мозговой оболочки
- 4) все ответы правильные
- 5) все ответы неправильные

#

417. Сотрясение головного мозга характеризуется всем, кроме

- 1) потери сознания
- 2) повторной рвоты
- 3) микроочаговой неврологической симптоматикой
- 4) стойкой очаговой симптоматикой
- 5) сонливостью в первые часы после травмы

#

418. Для ушиба головного мозга не характерны:

- 1) общемозговые симптомы;
- 2) очаговая неврологическая симптоматика;
- 3) отсутствие очаговой неврологической симптоматики;
- 4) смещение М-эхо сигнала;
- 5) наличие крови в ликворе.

#

419. Определите основную причину сдавления головного мозга:

- 1) внутричерепные гематомы
- 2) закрытые повреждения головного мозга
- 3) трещина костей черепа
- 4) открытые повреждения головного мозга
- 5) все перечисленное

#

420. При повреждении какой доли мозга наблюдается нарушение чувствительности?

- 1) теменной
- 2) затылочной
- 3) мозжечка
- 4) лобной
- 5) височной

#

421. При каком виде переломов костей черепа наблюдаются признаки сдавления головного мозга?

- 1) при импрессионном переломе
- 2) линейный перелом
- 3) открытый перелом
- 4) закрытый перелом
- 5) при всех перечисленных

#

422. Когда и при каких повреждениях спинного мозга развивается тетраплегия и тетраанестезия?

- 1) при повреждении шейного отдела
- 2) при повреждении поясничного отдела

- 3) при повреждении крестцового отдела
 - 4) при повреждении грудного отдела
 - 5) при повреждении копчикового отдела
- #
423. Какими сегментами формируется плечевое сплетение ?
- 1) C5-C8, сегменты
 - 2) C1-C6, сегменты
 - 3) C7-C8-D5, сегменты
 - 4) D 5- D 6 сегменты
 - 5) D 7- D 12 сегменты
- #
424. Какие морфологические изменения наступают на периферическом конце нерва после его перерезки?
- 1) Валлеровское перерождение
 - 2) гипертрофия ствола нерва
 - 3) кровоизлияние в ствол нерва
 - 4) рост ствола нерва
 - 5) все перечисленные
- #
425. Определите какие морфологические изменения бывают при сотрясении головного мозга?
- 1) мелкоочечные кровоизлияния в вещество головного мозга
 - 2) кровоизлияние в вещество головного мозга
 - 3) разможжение вещества головного мозга
 - 4) разрушение структуры вещества головного мозга
 - 5) все выше перечисленное
- #
426. При какой патологии наблюдается белково-клеточная диссоциация?
- 1) при опухолях спинного мозга
 - 2) при менингоэнцефаломиелите
 - 3) при сотрясении головного мозга
 - 4) при ушибе спинного мозга
 - 5) при ушибе головного мозга
- #
427. При какой патологии головного мозга наблюдаются изменения турецкого седла?
- 1) при опухолях гипофиза
 - 2) при гидроцефалии
 - 3) при опухолях мозжечка
 - 4) при сотрясении головного мозга
 - 5) при опухолях лобной доли
- #
428. Какие опухоли развиваются из корешков спинного мозга?
- 1) невриномы
 - 2) ангиоретикулемы
 - 3) астроцитомы
 - 4) менингиомы
 - 5) олигодендромы
- #
429. При переломах каких костей черепа наблюдается ликворея из носа и ушей?
- 1) височной и решетчатой
 - 2) теменной
 - 3) лобной и теменной
 - 4) небной и верхнечелюстной
 - 5) затылочной
- #
430. Что является противопоказанием к люмбальной пункции?
- 1) мозжечковая гематома
 - 2) субарахноидальное кровоизлияние
 - 3) сотрясение головного мозга
 - 4) ушиб головного мозга легкой степени
 - 5) все выше перечисленное
- #
431. Неврит слухового и лицевого нервов, мозжечковая симптоматика на стороне поражения и гемипарез на противоположной стороне наблюдаются:
- 1) при опухоли мозжечка
 - 2) сирингобульбии
 - 3) при опухоли лобной доли
 - 4) при опухоли мосто-мозжечкового угла
 - 5) при опухоли височной доли
- #
432. 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) верно 1 и 2
 - 5) верно все перечисленное
- #

433. Развитие при черепно-мозговой травме гемипареза свидетельствует

- 1) о сотрясении головного мозга
- 2) об ушибе мозга
- 3) о внутричерепной гипертензии
- 4) все ответы не правильные
- 5) верно 2, 3 и 4

#

434. Церебральными осложнениями эпидуральной гематомы являются

- 1) отек мозга
- 2) компрессия мозга
- 3) дислокация мозга
- 4) нарушение гематоэнцефалического барьера
- 5) все перечисленное

#

435. Синдром, характерный для рассеянного склероза:

- 1) ретроульбарный неврит
- 2) симпатоадреналовый криз
- 3) Кожевниковская эпилепсия
- 4) Джексоновская эпилепсия
- 5) верно 3 и 4

#

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

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

#

437. Какой признак не характерен для опухоли мозжечка?

- 1) статическая атаксия;
- 2) скандированная речь;
- 3) интенционный тремор;
- 4) адиадохокинез;
- 5) апраксия

#

438. Какой симптом не характерен для сотрясения головного мозга?

- 1) утрата сознания;
- 2) рвота;
- 3) афазия;
- 4) головокружение;
- 5) головная боль.

#

439. При ушибах головного мозга постельный режим назначается:

- 1) 3-5 дней
- 2) 7-10 дней
- 3) 10-15 дней
- 4) 15-20 дней
- 5) на 30 дней

#

440. При каком виде черепно-мозговой травмы наблюдается «светлый» промежуток?

- 1) субарахноидальное кровоизлияние;
- 2) сотрясение головного мозга;
- 3) ушиб головного мозга;
- 4) эпидуральная гематома;
- 5) внутримозговое кровоизлияние.

#

441. Для острого периода сотрясения головного мозга не характерно:

- 1) тошнота, рвота
- 2) головная боль
- 3) головокружение
- 4) стойкая утрата сознания
- 5) вегетативно-сосудистые нарушения

#

442. Больному с геморрагическим инсультом показана неотложная консультация:

- 1) сосудистого хирурга;
- 2) нейрохирурга;
- 3) кардиолога;
- 4) реабилитолога;
- 5) терапевта.

#

443. При расширении мозговых желудочков и субарахноидального пространства гидроцефалия является:

- 1) внутренней
- 2) наружной
- 3) сообщающейся
- 4) смешанной
- 5) конвексительной

#

444. При интрамедуллярной опухоли отмечается (по закону эксцентричного расположения нервных волокон):

- 1) корешковые боли и парестезии.
- 2) нарушение глубокой чувствительности на стороне опухоли.
- 3) восходящий тип нарушения чувствительности на стороне поражения.
- 4) нисходящий тип нарушения чувствительности на стороне поражения.
- 5) нарушение чувствительности на противоположной стороне от опухоли.

#

445. Показаниями к хирургическому лечению грыжи межпозвонкового диска, являются нижеперечисленные, кроме:

- 1) стойкий болевой синдром.
- 2) парезы конечностей.
- 3) нарушение функции тазовых органов.
- 4) диагностированное по МРТ выпадение диска без клинических проявлений
- 5) парезы конечностей, выпадение болевой, температурной и глубокой чувствительности.

#

446. Тактика нейрохирурга при острой субдуральной внутричерепной гематоме:

- 1) трепанация черепа с удалением внутричерепной гематомы.
- 2) активная дегидратационная терапия.
- 3) сосудорасширяющая и гормональная терапии.
- 4) динамическое наблюдение за неврологическим статусом.
- 5) верно 2 и 3

#

447. Для интрамедуллярной опухоли характерно:

- 1) наличие симптома ликворного толчка.
- 2) отсутствие симптома ликворного толчка.
- 3) корешковые боли и парестезии.
- 4) нарушение глубокой чувствительности на стороне
- 5) верно 2, 3 и 4

#

448. Какой методы исследования показан при травмах спинного мозга?

- 1) пневмоэнцефалография.
- 2) спондилография.
- 3) церебральная ангиография.
- 4) ЭХО - ЭГ.
- 5) электромиография

#

449. У больного при сдавлении яремных вен усиливается корешковая боль и возникают парестезии в нижне-грудном отделе справа. Как называется этот симптом?

- 1) Брудзинского.
- 2) Нери.
- 3) Лермитта.
- 4) Ликворного толчка.
- 5) Лессажа

#

450. У больной 40 лет в течение года изменилось поведение - она стала вялой, безразличной к окружающему, делала ошибки на работе, запустила все домашние дела. За последние 2 - 3 месяца стала неопытной, недостаточно контролировала функцию тазовых органов. О какой локализации процесса идет речь?

- 1) теменная доля.
- 2) лобная доля.
- 3) затылочная доля.
- 4) височная доля.
- 5) височно-затылочная область

#

451. Назальная и ушная ликворея является свидетельством:

- 1) абсцесса головного мозга.
- 2) перелом основания черепа.

- 3) супратенториальных опухолей.
- 4) грыж поясничных дисков.
- 5) переломом свода черепа

#

452. Патологоанатомические изменения при диффузно-аксональном повреждении мозга:

- 1) разрывы аксонов
- 2) микроскопические разрывы в области мозолистого тела
- 3) разрыв в области перехода ствола мозга в спинной мозг
- 4) ушиб лобной доли
- 5) размождение вещества мозга

#

453. К сдавлению, смещению и деформации головного мозга приводят все факторы, кроме:

- 1) внутричерепные гематомы.
- 2) очаги ушиба.
- 3) пневмоцефалия.
- 4) переломы основания черепа.
- 5) опухоли головного мозга

#

454. Односторонняя глухота встречается:

- 1) при опухолях мозжечка.
- 2) при опухолях среднего мозга.
- 3) при кранио-вертебральных опухолях.
- 4) при невриноме VIII нерва.
- 5) при опухолях лобной доли

#

455. Для компрессионной нейропатии локтевого нерва (синдром ущемления в области локтевого сустава) характерны

- 1) слабость II, III пальцев кисти
- 2) атрофия мышц возвышения мизинца
- 3) боли по радиальной поверхности кисти
- 4) крыловидная лопатка
- 5) атрофия мышц возвышения большого пальца

#

456. Для поражения спинного мозга характерно:

- 1) синдром Аргайл-Робертсона
- 2) нарушение чувствительности по проводниковому типу
- 3) нарушения чувствительности в дистальных отделах конечностей
- 4) нарушение глотания
- 5) все ответы правильные

#

457. 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
- 5) с переломом костей черепа

#

458. Характерные диагностические признаки субдуральной гематомы получают

- 1) при компьютерной томографии
- 2) при электроэнцефалографии
- 3) при спондилографии
- 4) при реоэнцефалографии
- 5) при краниографии

#

459. При расширении только мозговых желудочков гидроцефалия является:

- 1) внутренней
- 2) наружной
- 3) сообщающейся
- 4) базальной
- 5) конвексительной

#

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

- 1) Компьютерная томография
- 2) ЭЭГ
- 3) ангиография
- 4) исследование глазного дна
- 5) РЭГ

#

461. Спондилография не информативна, если опухоль спинного мозга локализуется

- 1) интрамедуллярно

- 2) субдурально
- 3) эпидурально
- 4) эпидурально-экстравертебрально
- 5) верно 2 и 3

#

462. Какие из параклинических методов значимы для диагностики опухолей головного мозга:

- 1) электроэнцефалография
- 2) магнитно-резонансная томография
- 3) люмбальная пункция.
- 4) Эхо-энцефалоскопия
- 5) R-грамма черепа.

#

463. При опухолях спинного мозга характерно:

- 1) наличие белково-клеточной диссоциации в ликворе
- 2) наличие клеточно-белковой диссоциации в ликворе
- 3) симптом Фостера-Кеннеди
- 4) все перечисленное верно
- 5) все перечисленное не верно

#

464. Наиболее вероятное осложнение эпендимомы задней черепной ямки:

- 1) ущемления мозга в большом затылочном отверстии.
- 2) эмболии, исходящей из опухоли.
- 3) окклюзии сосуда опухолью.
- 4) геморрагического некроза опухоли.
- 5) все перечисленное

#

465. Положительные диагностические признаки субарахноидального кровоизлияния могут быть получены:

- 1) при люмбальной пункции
- 2) при ангиографии
- 3) при электроэнцефалографии
- 4) при реоэнцефалографии
- 5) при эхо-энцефалографии

#

466. Основные признаки субарахноидального кровоизлияния все, кроме

- 1) внезапное начало
- 2) общемозговые симптомы
- 3) белково-клеточная диссоциация
- 4) менингеальные симптомы
- 5) кровь в ликворе

#

467. При окклюзионной гидроцефалии противопоказано:

- 1) костно-пластическая трепанация черепа.
- 2) декомпрессионная трепанация черепа.
- 3) пункция боковых желудочков.
- 4) люмбальная пункция.
- 5) верно 1 и 2

#

468. Для выявления патологических процессов в задней черепной ямке целесообразно применить

- 1) компьютерную томографию
- 2) компьютерную томографию с контрастированием
- 3) магнитно-резонансную томографию
- 4) позитронно-эмиссионную томографию
- 5) все методы одинаково информативны

#

469. Для внутричерепной гипертензии не характерно:

- 1) диффузная распирающая головная боль
- 2) рвота, не приносящая облегчения
- 3) амавроз
- 4) отек дисков зрительных нервов
- 5) головокружение

#

470. При каком из перечисленных видов черепно-мозговой травмы не выявляется примесь крови в спинномозговой жидкости?

- 1) эпидуральная гематома;
- 2) субарахноидальное кровоизлияние;
- 3) сотрясение головного мозга;
- 4) субдуральная гематома;
- 5) ушиб головного мозга.

#

471. При лечении сотрясения головного мозга в остром периоде применяют:

- 1) антигистаминные препараты
- 2) гемостатические препараты
- 3) дегидратирующие препараты
- 4) биостимуляторы
- 5) верно 1 и 3

#

472. Закрытая черепно-мозговая травма - это:

- 1) перелом основания черепа с ликвореей
- 2) перелом основания черепа с кровотечением
- 3) повреждение мягких тканей до апоневроза
- 4) повреждение тканей до твердой мозговой оболочки
- 5) правильного ответа нет

#

473. Для ушиба головного мозга наиболее характерно:

- 1) общемозговая симптоматика
- 2) нарушение витальных функций
- 3) очаговая неврологическая симптоматика
- 4) все ответы неправильные
- 5) все ответы правильные

#

474. Для сдавления головного мозга типично:

- 1) наличие светлого промежутка
- 2) длительное коматозное состояние
- 3) наличие спастического тетрапареза
- 4) перелом основания черепа
- 5) линейный перелом костей свода черепа

#

475. К острым нарушениям мозгового кровообращения относятся:

- 1) церебральный сосудистый криз
- 2) геморрагический инсульт
- 3) ишемический инсульт
- 4) переходящие нарушения мозгового кровообращения
- 5) все перечисленные

#

476. Очаговые симптомы, характерные для тромбоза правой средней мозговой артерии:

- 1) сенсорная афазия
- 2) левосторонний центральный гемипарез
- 3) нарушения глотания
- 4) правосторонняя гемигипестезия
- 5) рвота

#

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

- 1) длительным коматозным состоянием с момента травмы
- 2) развитием комы после "светлого" периода
- 3) отсутствием потери сознания
- 4) кратковременной потерей сознания
- 5) нарушением сна

#

478. Этиология внутримозгового кровоизлияния:

- 1) артериальная гипотензия;
- 2) окклюзия внутренней сонной артерии;
- 3) аневризма сосудов головного мозга;
- 4) фибрилляция предсердий;
- 5) кардиоэмболия

#

479. 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
- 5) застоем диска с двух сторон

#

480. Для интрамедуллярной спинальной опухоли характерно наличие

- 1) сегментарного диссоциированного расстройства чувствительности
- 2) корешковых болей положения
- 3) ранней блокады субарахноидального пространства
- 4) рентгенологического симптома Эльсберга – Дайка
- 5) все выше перечисленное

#

481. К миорелаксантам относится:

- 1) Милдронат.
- 2) Мукалтин.
- 3) Маннит.
- 4) Мидокалм.
- 5) Мелепсин.

#

482. Диагноз сотрясения головного мозга не может быть поставлен при наличии:

- 1) кратковременной потери сознания
- 2) тошноты, рвоты
- 3) антеградной амнезии
- 4) головной боли
- 5) стойкого гемипареза

#

483. На ангиографии отмечаются бессосудистые зоны при следующих заболеваниях:

- 1) гидроцефалии
- 2) опухоли мозга
- 3) внутримозговой гематоме
- 4) сотрясении мозга
- 5) аномалия Арнольда Киари

#

484. Для спинальной опухоли эпидуральной локализации характерен

- 1) корешковый синдром
- 2) симптом ликворного толчка
- 3) симптом вклинения
- 4) симптом Брудзинского
- 5) менингеальный синдром

#

485. Характерные диагностические признаки субдуральной гематомы получают

- 1) при компьютерной томографии
- 2) при электроэнцефалографии
- 3) при спондилографии
- 4) при реоэнцефалографии
- 5) при краниографии

#

486. При ЭХО-ЭГ исследуются:

- 1) суммарное сопротивление мозговой ткани электрическому току;
- 2) биоэлектрическая активность мозга;
- 3) отражённый ультразвуковой сигнал от срединных структур головного мозга;
- 4) биоэлектрическая активность мышечной ткани;
- 5) вызванные потенциалы головного мозга.

#

487. Наиболее частой причиной синдрома Горнера является?

- 1) поражение ствола мозга
- 2) поражение спинного мозга
- 3) периферическое поражение симпатических путей от C8-D₁ сегментов
- 4) периферическое поражение симпатических путей от D8-D₁₀ сегментов
- 5) поражение корешков спинного мозга

#

488. При опухоли правого полушария мозжечка больной при ходьбе отклоняется:

- 1) в сторону очага
- 2) в противоположную сторону
- 3) равномерно в обе стороны
- 4) не отклоняется
- 5) отклоняется вперед, назад

#

489. Опухоль гипофиза, сдавливая хиазму, вызывает развитие:

- 1) биназальной гемианопсии
- 2) битемпоральной гемианопсии
- 3) гомонимной гемианопсии
- 4) слепоты на один глаз
- 5) все выше перечисленное не правильно

#

490. 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

#

491. При сотрясении головного мозга не встречается:

- 1) расширение или сужение зрачков
 - 2) длительный сопор
 - 3) переходящие глазодвигательные нарушения
 - 4) нистагм
 - 5) сухожильная гипераннизорефлексия
- #
492. Развитие при черепно-мозговой травме гемипареза свидетельствует
- 1) о сотрясении головного мозга
 - 2) об ушибе мозга
 - 3) о внутричерепной гипертензии
 - 4) о субарахноидальном кровоизлиянии
 - 5) о диффузном аксональном повреждении
- #
493. Очаговыми симптомами при эпидуральной гематоме являются
- 1) сужение зрачка на стороне гематомы
 - 2) расширение зрачка на противоположной стороне
 - 3) гемипарез на стороне гематомы
 - 4) расширение зрачка на стороне гематомы и гемипарез на противоположной стороне
 - 5) расширение зрачка на стороне гематомы, гемипарез на стороне гематомы
- #
494. Если после черепно-мозговой травмы развиваются ригидность затылочных мышц и светобоязнь при отсутствии очаговых симптомов, то наиболее вероятен диагноз
- 1) сотрясение мозга
 - 2) субарахноидальное кровоизлияние
 - 3) ушиб мозга
 - 4) внутричерепная гематома
 - 5) перелом основания черепа
- #
495. Какие липиды накапливаются в клетках при болезни Ниманна-Пика:
- 1) Сфинголипиды.
 - 2) Церебролизиды.
 - 3) Ганглиозиды
 - 4) ЛПНП.
- #
496. Аутосомно-рецессивный тип наследования отличается тем, что
- 1) Соотношение здоровых и больных членов семьи равно 1:1
 - 2) Заболевание не связано с кровным родством
 - 3) Родители первого выявленного больного клинически здоровы
 - 4) Верно а) и б)
 - 5) Верно б) и в)
- #
497. Трисомия по 21 паре хромосом:
- 1) синдром Дауна.
 - 2) синдром Шершевского-Тернера.
 - 3) синдром Клайнфельтера
 - 4) Болезнь Такаюсу.
- #
498. При дрожательной и дрожательно-ригидной форме гепатоцеребральной дистрофии Вильсона - Коновалова преобладает тремор
- 1) Покоя в кистях
 - 2) Интенционный в руках
 - 3) Хлопающий в руках
 - 4) Статодинамический в туловище
 - 5) Верно в) и г)
- #
499. Сибсы – это:
- 1) Все родственники пробанда
 - 2) Дядя пробанда
 - 3) Родители пробанда
 - 4) Братья и сестры пробанда
- #
500. Дупликация это:
- 1) Потеря участка хромосомы.
 - 2) Копия участка хромосомы.
 - 3) Удвоение участка хромосомы
 - 4) Изменение участка хромосомы.

- #
501. Показаниями для пренатального кариотипирования плода являются:
- 1) наличие фенилкетонурии у одного из родителей
 - 2) носительство сбалансированной хромосомной перестройки у одного из родителей
 - 3) высокий уровень альфа-фетопротеина в крови матери
 - 4) наличие диабета у одного из родителей
- #
502. Клинические проявления болезни Ниманна-Пика:
- 1) Кардиомегалия, амавроз, психоз.
 - 2) Паркинсонизм.
 - 3) Гепатоспленомегалия, центральный паралич.
 - 4) Гепатоспленомегалия, глагодвигательные и мозжечковые нарушения, катаlepsия.
- #
503. Запрограммированная смерть клетки носит название:
- 1) Апоптоз
 - 2) Некроз
 - 3) Дегенерация
 - 4) Хроматолиз
 - 5) Мутация
- #
504. Какова вероятность рождения больного ребенка женщиной, имеющей больных сына и брата гемофилией:
- 1) 25%
 - 2) 50%
 - 3) 100%
 - 4) Близко к 0%
- #
505. Наиболее типичное расположение телеангиоэктазий при синдроме Луи – Бар:
- 1) Слизистая глаза.
 - 2) Кожа ладоней.
 - 3) Кожа стоп.
 - 4) Кожа внутренней поверхности бедра
- #
506. Феномен антиципации это:
- 1) Наследование болезни от бабушки.
 - 2) Скрытое проявление болезни.
 - 3) Проявление заболевания в более молодом возрасте.
 - 4) Проявление болезни в более позднем возрасте.
- #
507. Гаплоидный набор содержат клетки:
- 1) Нейроны
 - 2) Гепатоциты
 - 3) Зиготы
 - 4) Гаметы
 - 5) Эпителиальные
- #
508. Диагноз мышечной дистрофии Дюшенна ставится на основании:
- 1) Характерной неврологической симптоматики, УЗИ внутренних органов
 - 2) Характерной неврологической симптоматики, времени начала и характера течения, определения уровня креатинфосфокиназы в сыворотке крови
 - 3) Осмотра окулиста, невролога, данных ультразвукового исследования
 - 4) Результаты гистологического исследования
- #
509. В основу Денверской классификации 1960 года положены следующие параметры хромосом:
- 1) Размер, форма, центромерный индекс.
 - 2) Способность окрашиваться флуоресцентными веществами.
 - 3) Размер теломеры и мРНК.
 - 4) Форма «X» и «Y» хромосом.
- #
510. Что из перечисленного относят к дизрафии:
- 1) Изменения формы черепа, асимметрия лица, аномалии грудной клетки и позвоночника.
 - 2) Изменение цвета волос и глаз, депигментация кожи (витилиго).
 - 3) Аномалии развития кишечника, и мочеполовой системы, урахус.

- 4) Высокий рост, тетрада и пентада Фалло.
- #
511. Пенетрантность это:
- 1) Частота проявления гена в признаках.
 - 2) Частота проявлений рецессивных генов
 - 3) Частота проявлений доминантных генов.
 - 4) Частота проявлений X-сцепленных генов.
- #
512. Где обнаруживают кольца Кайзера-Флейшера.
- 1) На слизистой оболочке рта.
 - 2) В роговице глаза.
 - 3) В печени при аутопсии.
 - 4) На глазном дне
- #
513. При лечении типичной формы хореи Гентингтона обычно применяют:
- 1) Дофаминсодержащие препараты
 - 2) Нейролептики
 - 3) Агонисты дофамина
 - 4) Антихолинергические препараты
 - 5) Верно 1) и 4)
- #
514. Характерное поражение головного мозга при туберозном склерозе:
- 1) Кистозные дегенерации, атрофии и субатрофии коры лобных долей.
 - 2) Гидроцефалия, порэнцефалия, пахигирия.
 - 3) Туберсы извилин головного мозга, туберсы эпендимы.
 - 4) Астроцитомы и невриномы V и VIII черепных нервов.
- #
515. Миопатия Дюшенна связана с мутацией гена, ответственного за синтез фермента:
- 1) Галактокиназы
 - 2) Дегидроптеридинредуктазы
 - 3) Дистрофина
 - 4) Церулоплазмина
- #
516. Кордоцентез это:
- 1) Биопсия ткани пуповины
 - 2) Метод получения амниотической жидкости
 - 3) Метод получения хордовой ткани
 - 4) Метод получения пуповинной крови у плода
- #
517. Что накапливается в паренхиматозных органах при гепатоцеребральной дистрофии:
- 1) Цинк.
 - 2) Церулоплазмин.
 - 3) Медь.
 - 4) Билирубин.
- #
518. Тип наследования болезни Реглингхаузена-нейрофиброматоза I:
- 1) Аутосомно-доминантный
 - 2) Аутосомно-рецессивный
 - 3) Сцепленный с X хромосомой.
 - 4) Сцепленный с Y хромосомой.
- #
519. Спорадический случай наследственной болезни - это:
- 1) Больной, впервые обратившийся за консультацией
 - 2) Первый случай аутосомно-доминантного или хромосомного заболевания в родословной
 - 3) Единственный случай данной наследственной болезни в родословной
 - 4) Все ответы правильные
 - 5) Нет правильного ответа
- #
520. Псевдогипертрофии наблюдают при следующих формах прогрессирующей мышечной дистрофии
- 1) тип Дюшенна
 - 2) тип Беккера - Киннера
 - 3) тип Ландузи - Дежерина
 - 4) все перечисленные

#

521. Какое заболевание относится к спинальным амиотрофиям:

- 1) Болезнь Кугельберга-Веландер
- 2) Болезнь Такаясу.
- 3) Болезнь Дюшенна.
- 4) Болезнь Гоше.

#

522. Наиболее частые черепно – лицевые дизморфии при синдроме Цельвегера:

- 1) Макрогнатия, башенный череп, «волчья пасть», раскосые глаза.
- 2) Выступающий лоб, гипоплазия надбровных дуг, эпикант, широкая и низко расположенная спинка носа, микрогнатия .
- 3) Прогнатия, краниостеноз, кожные складки на ушах.
- 4) Черепно-лицевые дизморфии при данной патологии не встречаются.

#

523. Кариотип - это совокупность особенностей хромосомного набора (комплекса) определяющийся:

клетки,

- 1) Числом половых хромосом
- 2) Формой хромосом
- 3) Структурой хромосом
- 4) Всем перечисленным
- 5) Верно а) и б)

#

524. Большинство семейных форм бокового амиотрофического склероза наследуются по:

- 1) Аутосомно-доминантному типу.
- 2) Аутосомно-рецессивному типу.
- 3) Гетерогенному типу.
- 4) Сцепленному с X-хромосомой.

#

525. Какие продукты относятся к красному списку «пищевого светофора» при лечении фенилкетонурии :

- 1) Красный болгарский перец, помидоры, свекла.
- 2) фруктовый салат, сливочное масло, сахар, баклажаны.
- 3) Орехи, яйца, мясо, рыба, творог.
- 4) Молоко, кефир, рис, картофель.

#

526. При болезни Паркинсона поражаются:

- 1) Ядра палидарной системы
- 2) Ядра стриарной системы
- 3) Внутренняя капсула
- 4) Мозжечок
- 5) Задние столбы спинного мозга

#

527. Нейрофибромы при болезни Реклингхаузена могут локализоваться:

- 1) По ходу периферических нервов
- 2) В спинномозговом канале по ходу корешков
- 3) Интракраниально по ходу черепных нервов
- 4) На любом из указанных участков

#

528. Тип наследования при миопатии Томсона характеризуется как

- 1) аутосомно-доминантный
- 2) аутосомно-рецессивный
- 3) сцепленный с полом (через X-хромосому)
- 4) верно а) и б)
- 5) ничего из перечисленного

#

529. Факоматозы заболевания комплексно поражающие:

- 1) Репродуктивную систему, экзокринные железы.
- 2) Суставно-мышечную систему, легкие, мочеполовую систему.
- 3) Кости, мышцы, систему крови.
- 4) Кожу, глаза, нервную систему и внутренние органы.

#

530. Метод диагностики хромосомных заболеваний:

- 1) Картирование.
- 2) Кариотипирование.

- 3) Хромирование.
4) Генное модифицирование.
- #
531. Эпикант – это:
- 1) Сросшиеся брови
 - 2) Широко расставленные глаза
 - 3) Вертикальная кожная складка у внутреннего угла глаза
 - 4) Сужение глазной щели
- #
532. Исследование сыворотки крови больного гепатоцеребральной дистрофией выявляет:
- 1) Повышение уровня церулоплазмина и гиперкупремию
 - 2) Понижение уровня церулоплазмина и гиперкупремию
 - 3) Повышение уровня церулоплазмина и гипокупремию
 - 4) Понижение уровня церулоплазмина и гипокупремию
- #
533. Клинические признаки атаксии-телеангиоэктазии (синдром Луи - Бар):
- 1) Парапарез, тазовые нарушения, дискинезии кишечника .
 - 2) Вестибулярная атаксия, телеангиоэктазия, гиперкератоз.
 - 3) Сенситивная атаксия, телеангиоэктазия, гипертиреоз.
 - 4) Мозжечковая атаксия, телеангиоэктазия, склонность к инфекциям.
- #
534. Люди с Робертсоновскими транслокациями:
- 1) Фенотипически здоровы
 - 2) Имеют фенотип синдрома Дауна.
 - 3) Имеют фенотип синдрома Вирхова.
 - 4) Имеют фенотип синдрома Транскони.
- #
535. Важным защитным свойством пероксисом является способность:
- 1) Обезвреживать токсины и свободные радикалы.
 - 2) Утилизировать глюкозу
 - 3) Синтезировать Т лимфоциты.
 - 4) Утилизировать фоллаты.
- #
536. Спорадический случай наследственной болезни - это:
- 1) Больной, впервые обратившийся за консультацией
 - 2) Первый случай аутосомно-доминантного или хромосомного заболевания в родословной
 - 3) Единственный случай данной наследственной болезни в родословной
 - 4) Все ответы правильные
 - 5) Нет правильного ответа
- #
537. Для какой формы синдрома Луи - Бар характерны двигательные нарушения:
- 1) Заднероговой формы.
 - 2) Переднероговой формы.
 - 3) Вегетативно-трофической формы.
 - 4) Пирамидной формы.
- #
538. Среди спинocerebellarных атаксий болезнь Фридрейха отличается наличием
- 1) Деформации стопы
 - 2) Дизрафическим статусом
 - 3) Поражением мышцы сердца
 - 4) Снижением или выпадением рефлексов
 - 5) Всего перечисленного
- #
539. Характерны ли костно-суставные нарушения при прогрессирующих мышечных дистрофиях.
- 1) Нет, идет поражение только мышц.
 - 2) Да, как первичные изменения.
 - 3) Редкие нарушения в мелких суставах.
 - 4) Да, как вторичные изменения.
- #
540. Клинические признаки атаксии-телеангиоэктазии (синдром Луи - Бар):
- 1) Парапарез, тазовые нарушения, дискинезии кишечника .
 - 2) Вестибулярная атаксия, телеангиоэктазия, гиперкератоз.
 - 3) Сенситивная атаксия, телеангиоэктазия, гипертиреоз.

- 4) Мозжечковая атаксия, телеангиоэктазия, склонность к инфекциям.
- #
541. Для какой формы мышечных дистрофий характерно вовлечение мышц лица:
- 1) Дюшенна
 - 2) Беккера
 - 3) Ландузи-Дежерина
 - 4) Форма –Эрба.
- #
542. Мышечная дистрофия Дюшенна наследуется по типу:
- 1) Аутосомно-доминантному;
 - 2) Х-сцепленному рецессивному;
 - 3) Аутосомно-рецессивному;
 - 4) Х-сцепленному доминантному
- #
543. Пробанд – это:
- 1) Больной, обратившийся к врачу
 - 2) Здоровый человек, обратившийся в медико-генетическую консультацию
 - 3) Лицо, впервые попавшее под наблюдение врача-генетика
 - 4) Лицо, с которого начинается сбор родословной
- #
544. Фенотипическими признаками хромосомных болезней являются
- 1) Нарушения психического развития
 - 2) Нарушения физического развития
 - 3) Множественные пороки развития
 - 4) Все перечисленные
- #
545. Исключите неправильный ответ. Для наследственного заболевания характерно:
- 1) Ранняя манифестация клинических проявлений,
 - 2) Вовлеченность в клинический процесс многих органов и систем
 - 3) Прогрессирующий характер течения болезни
 - 4) Острое начало заболевания
- #
546. Диагноз мышечной дистрофии Дюшенна ставится на основании:
- 1) Характерной неврологической симптоматики, УЗИ внутренних органов
 - 2) Характерной неврологической симптоматики, времени начала и характера течения, определения уровня креатининфосфокиназы в сыворотке крови
 - 3) Осмотра окулиста, невролога, данных ультразвукового исследования
 - 4) Результаты гистологического исследования
- #
547. Эпикант – это:
- 1) Сросшиеся брови
 - 2) Широко расставленные глаза
 - 3) Вертикальная кожная складка у внутреннего угла глаза
 - 4) Сужение глазной щели
- #
548. Походка пациентов с нижней параплегией Штрюмпеля:
- 1) Утиная
 - 2) Степпаж
 - 3) Спастикапаретическая.
 - 4) Анталгическая .
- #
549. Клинические признаки синдрома Кляйнфельтера:
- 1) Первичная аменоррея
 - 2) Микроорхизм
 - 3) Долихоцефалия, арахнодактилия
 - 4) Все перечисленное
- #
550. Для клинических проявлений фенилкетонурии не характерны:
- 1) Умственная отсталость
 - 2) Патология опорно-двигательного аппарата
 - 3) Экзематозные проявления
 - 4) Судороги
 - 5) Правильные ответы 2,3

#

551. Миопатия Дюшенна связана с мутацией гена, ответственного за синтез фермента:

- 1) Галактокиназы
- 2) Дегидроптеридинредуктазы
- 3) Дистрофина
- 4) Церулоплазмина

#

552. Показаниями для проведения биопсии хориона являются

- 1) Рождение ребенка с хромосомными аномалиями
- 2) Невынашивание ранних сроков беременности
- 3) Семейное носительство хромосомных перестроек или генных мутаций
- 4) Все вышеперечисленное

#

553. Для синдрома Шерешевского-Тернера характерно:

- 1) Первичная аменорея
- 2) Моносомия по X хромосоме
- 3) Выявление симптомов с рождения
- 4) Низкий рост
- 5) Все перечисленное

#

554. Краниостеноз это :

- 1) Раннее закрытие швов черепа.
- 2) Сужение полости желудочков мозга.
- 3) Сужение позвоночного канала.
- 4) Сужение большого затылочного отверстия.

#

555. Укажите вероятность повторного рождения больного ребенка у супругов, имеющих больную девочку с фенилкетонурией:

- 1) 50%.
- 2) Близко к 0%.
- 3) 75%.
- 4) 25%

#

556. Гаплоидный набор содержат клетки:

- 1) Нейроны
- 2) Гепатоциты
- 3) Зиготы
- 4) Гаметы
- 5) Эпителиальные

#

557. Тип наследования при амиотрофии Кеннеди:

- 1) Сцепленный с Y-хромосомой.
- 2) аутосомно-доминантный тип.
- 3) Сцепленный с X-хромосомой.
- 4) аутосомно-рецессивный тип

#

558. Фенилкетонурия I типа (классическая форма) обусловлена дефицитом фермента:

- 1) Фенилаланинмутаза (ФАМ)
- 2) Фенилаланиназа (ФА)
- 3) ФенилаланинАТФазы (ФАТ)
- 4) Фенилаланингидроксилаза (ФАГ)

#

559. Наиболее тяжелая форма спинномозговых грыж:

- 1) Менингоцеле
- 2) Менингоградикулоцеле
- 3) Менингомиелоцеле
- 4) Миелоцистоцеле.

#

560. Дебют гиперкинетической формы болезни Гентинктона.

- 1) 1-2 десятков жизни
- 2) 3 десятков жизни.
- 3) 4-7 десятков жизни.
- 4) В первые годы жизни.

#

561. Клиническая картина типичной хореи Гентингтона, кроме хореического гиперкинеза, включает

- 1) Пластическую экстрапиримидную ригидность
- 2) Симптом "зубчатого колеса"
- 3) Акинезию
- 4) Гипомимию
- 5) Деменцию

#

562. Тератогенный терминационный период (ТТП) это :

- 1) Срок воздействия тератогенного фактора в интранатальном периоде.
- 2) Срок воздействия тератогенного фактора после органогенеза.
- 3) Срок воздействия тератогенного фактора.
- 4) Срок во время, которого тератогенный фактор приводит к пороку развития

#

563. Ложная порэнцефалия:

- 1) Кистозный дефект имеет форму поры и сообщается с III желудочком.
- 2) Кистозный дефект образованный только за счет оболочек мозга.
- 3) Кистозный дефект сообщается с желудочком и доходит до поверхности мозга.
- 4) Кистозный дефект не сообщается с желудочком и не доходит до поверхности мозга.

#

564. Псевдопорэнцефалия как правило развивается:

- 1) В постнатальном периоде
- 2) В пренатальном периоде
- 3) В интранатальном периоде.
- 4) В антенатальном периоде.

#

565. Лечение галактоземии:

- 1) Медикаментозное
- 2) Диетотерапия.
- 3) Заместительная терапия.
- 4) Химиотерапия.

#

566. Основной биохимический признак митохондриальной патологии является:

- 1) Лактат-ацидоз.
- 2) Метаболический алакалоз.
- 3) Митохондриальный алкалоз.
- 4) Респираторный алкалоз.

#

567. Тип чувствительных нарушений при сирингомиелии:

- 1) Проводниковый
- 2) Сегментарно-диссоциированный
- 3) Полирадикулярный
- 4) Чувствительность не нарушена

#

568. Патоморфологически истинная порэнцефалия имеет форму:

- 1) Шара, с локализацией в пределах лобной доли.
- 2) Воронки, вершина направлена вглубь мозга, а основание к поверхности.
- 3) Неправильную форму, сообщается с субарахноидальным пространством.
- 4) Блюдцеобразную форму, выпуклой частью обращенную к костям черепа.

#

569. Наиболее частые локализации ангиофибром при туберозном склерозе:

- 1) Симметричные участки лица.
- 2) Слуховые проходы.
- 3) Подмышечная область.
- 4) По ходу крупных сосудистых стволов

#

570. Для болезни Дауна характерно сочетание следующих признаков:

- 1) округлый череп, готическое небо, синдактилия, гипотония мышц
- 2) долихоцефалия, расщепление неба, арахнодактилия, гипертонус мышц
- 3) краниостенотический череп, расщелина губы, наличие 6-го пальца, хореоатетоз
- 4) наблюдается сочетание любых перечисленных признаков

#

571. Наследование пола происходит:

- 1) В равной степени от отца и матери.
 - 2) Только от матери.
 - 3) Только от отца.
 - 4) от отца в 75% и матери в 25% случаев.
- #
572. Долихоцефалия – это:
- 1) Длинный узкий череп с выступающим лбом и затылком
 - 2) Увеличение продольного размера черепа относительно поперечного
 - 3) Увеличение поперечного размера черепа при относительном уменьшении продольного размера
 - 4) Расширение черепа в затылочной и сужение в лобной части
- #
573. Для какой формы синдромии характерны двигательные нарушения:
- 1) Заднероговой формы
 - 2) Переднероговой формы.
 - 3) Вегетативно-трофической формы.
 - 4) Пирамидной формы.
- #
574. Тип наследования гиперкалемической формы пароксизмальной миоплегии:
- 1) Аутомно-доминантный.
 - 2) Сцепленный с X хромосомой.
 - 3) Аутомно-рецессивный.
 - 4) Сцепленный с Y-хромосомой
- #
575. Заболевание при котором целесообразно исследование полового хроматина:
- 1) Синдром Дауна
 - 2) Синдром "кошачьего крика"
 - 3) Синдром Кляйнфельтера
 - 4) Синдром Марфана
- #
576. Тип наследования атаксии Фридрейха:
- 1) аутомно-рецессивный.
 - 2) аутомно-доминантный.
 - 3) Сцепленный с X- хромосомой.
 - 4) Сцепленный с Y- хромосомой.
- #
577. Наследование MERRF синдрома происходит:
- 1) По аутомно - доминантному наследованию
 - 2) По X-сцепленному от матери только мальчикам.
 - 3) От матери ребенку, как мальчикам, так и девочкам.
 - 4) От матери только девочкам.
- #
578. Какие наследственные заболевания диагностируются с помощью цитогенетического исследования?
- 1) Аутомно-доминантные заболевания
 - 2) Хромосомные заболевания
 - 3) Мультифакториальные заболевания
 - 4) Наследственные заболевания обмена веществ
 - 5) X-сцепленные заболевания
- #
579. Тип наследования при амиотрофии Шарко - Мари - Тута характеризуется как:
- 1) Аутомно-доминантный
 - 2) Аутомно-рецессивный
 - 3) Сцепленный с полом (через X-хромосому)
 - 4) Верно 1) и 2)
 - 5) Ничего из перечисленного
- #
580. Псевдогипертрофии наблюдают при следующих формах прогрессирующей мышечной дистрофии
- 1) Тип Дюшенна
 - 2) Тип Беккера - Киннера
 - 3) Тип Ландузи - Дежерина
 - 4) Верно 1) и 2)
 - 5) Все перечисленное
- #

581. При микроцефалии больше всего страдает

- 1) Подкорковые ядра
- 2) Кора полушарий головного мозга
- 3) Спинной мозг
- 4) Мозжечок

#

582. Для болезни Паркинсона характерно все, кроме:

- 1) замедленности движений, тремора
- 2) гипотонического гиперкинетического синдрома
- 3) повышения мышечного тонуса по пластическому типу
- 4) тремора по типу скатывания пилюль
- 5) мышечной ригидности

#

583. Клинически микроцефалия проявляется

- 1) спастическими парезами, задержкой психического развития, судорогами
- 2) парестезиями, периферическим парезом в конечностях
- 3) нарушением чувствительности по полиневритическому типу
- 4) синдромом Горнера

#

584. Лечение краниостенозов у детей.

- 1) Физиолечение
- 2) Химиотерапия
- 3) Медикаментозное
- 4) Хирургическое

#

585. Патогенез атаксии Фридрейха:

- 1) Дегенерация двигательных корешков.
- 2) Дегенерация задних и боковых столбов.
- 3) Поражение базальных ядер.
- 4) Дегенерация передних рогов спинного мозга.

#

586. Что не относится к факоматозам:

- 1) Туберозный склероз.
- 2) Атаксия-телеангиэктазия Луи-Бар
- 3) Нейрофиброматоз Реклингхаузена.
- 4) Болезнь Ниманна - Пика

#

587. Транслокация это:

- 1) Потеря участка хромосомы.
- 2) Перенос участка хромосомы.
- 3) Поворот участка хромосомы.
- 4) Изменения участка хромосомы

#

588. Изменение контура ног по типу "опрокинутой бутылки" обусловлено изменением массы мышц:

- 1) При амиотрофии Шарко - Мари - Тута
- 2) При гипертрофической невропатии Дежерина
- 3) При мышечной дистрофии Эрба
- 4) При мышечной дистрофии Беккера - Киннера

#

589. Диагноз нейрофиброматоза ставится на основании:

- 1) Характерной клинической картины и биохимического анализа;
- 2) Клинической картины;
- 3) Клинической картины, исследования гормонального профиля, биохимического анализа и патоморфологического исследования.
- 4) Анамнестически и биохимического анализа

#

590. Клиника фенилкетонурии:

- 1) Задержка психомоторного развития, гипопигментация, эпилептический синдром.
- 2) Задержка психомоторного развития, гиперпигментация, диарея.
- 3) Задержка моторного развития, атаксия.
- 4) Задержка моторного развития, гиперпигментация, колобома радужки.

#

591. Если плечо «р» и «q» равны, то такая хромосома называется:

- 1) Акроцентрической
- 2) Метацентрической.
- 3) Субметацентрической.
- 4) Центрической.

#

592. Продолжительность диетолечения больного с фенилкетонурией составляет:

- 1) От 2 до 6 месяцев
- 2) От 2 месяцев до 1 года
- 3) От 2 месяцев до 3 лет
- 4) От 2 месяцев до 5-6 лет
- 5) Всю жизнь

#

593. При хорее Гентингтона поражается:

- 1) Черная субстанция
- 2) Таламус
- 3) Мозжечек
- 4) Стриарная система

#

594. Для синдрома Шерешевского-Тернера не характерны:

- 1) Низкорослость
- 2) Высокий рост
- 3) Умственная отсталость
- 4) Крыловидные складки кожи на шее
- 5) Правильно 2 и 3

#

595. При боковом амиотрофическом склерозе поражаются:

- 1) Клетки Беца, мотонейроны передних рогов спинного мозга, двигательные ядра ствола мозга.
- 2) Нейроны задних рогов спинного мозга
- 3) Аксоны зубчатого ядра.
- 4) Скелетные мышцы.

#

596. Клинические симптомы - «Губы тапира», «поперечная улыбка» встречаются при:

- 1) Прогрессирующей миодистрофии Беккера.
- 2) Прогрессирующей миодистрофии Дюшенна
- 3) Прогрессирующей миодистрофии Эрба.
- 4) Прогрессирующей миодистрофии Ландузи- Дежерина.

#

597. Что поражается при боковом амиотрофическом склерозе:

- 1) Дегенерация клеток Беца, мотонейронов передних рогов, двигательных ядер ствола мозга.
- 2) Дегенерация нейронов задних рогов спинного мозга
- 3) Поражение аксона зубчатого ядра
- 4) Недостаток белка дистрофина

#

598. Клинические проявления MERRF синдрома.

- 1) Рваные красные волокна, миоклонус-эпилепсия, деменция.
- 2) Миоклонус, атаксия, деменция.
- 3) Эпилепсия, атаксия, нижняя параплегия.
- 4) Деменция, левосторонняя гемиплегия, снижение остроты зрения.

#

599. Тип наследования болезни Штрюмпеля:

- 1) аутосомно-доминантный тип.
- 2) аутосомно-рецессивный тип
- 3) Гетерогенный тип
- 4) Сцепленный с X-хромосомой.

#

600. Скрининговый тест определения фенилкетонурии у новорожденных:

- 1) Тест Стюарта.
- 2) Тест ФКУ
- 3) Тест Гатри.
- 4) Тест Тиннеля.

#

601. Для патогенеза нейрофиброматоза I характерно:

- 1) Дефект белка фибронейрамина.

- 2) Нарушение синтеза белка церулоплазмينا.
- 3) Дефект синтеза нейрוליзина.
- 4) Нарушение синтеза белка нейрофибромина.

#

602. Исследование плазмы крови больного гепатоцеребральной дистрофией выявляет:

- 1) Повышение уровня церулоплазмينا и гиперкупремию
- 2) Понижение уровня церулоплазмينا и гиперкупремию
- 3) Повышение уровня церулоплазмينا и гипокупремию
- 4) Понижение уровня церулоплазмينا и гипокупремию

#

603. Диагностические критерии нейрофиброматоза:

- 1) Врожденный порок сердца и порок развития лучевой кости и ее производных;
- 2) Множественные пигментные пятна на коже, опухоли кожные, подкожные и по ходу нервных волокон, сколиоз, глиомы зрительного нерва;
- 3) Себорейная аденома на щеках, депигментированные пятна, "кофейные" пятна, судороги, умственная отсталость;
- 4) Анемия, гепатоспленомегалия, башенный череп, водянка плода.

#

604. Инверсия это:

- 1) Потеря участка хромосомы
- 2) Поворот участка хромосом
- 3) Удвоение участка хромосомы.
- 4) Изменение участка хромосомы

#

605. Тип наследования болезни Ниманна-Пика:

- 1) Аутомно-доминантный
- 2) Аутомно-рецессивный
- 3) Сцепленный с X хромосомой.
- 4) Сцепленный с Y хромосомой.
- 5) Гетерогенное наследование.

#

606. Клинические проявления болезни Штрюмпеля:

- 1) Нижний спастический парализ.
- 2) Гемиплегия, гемипарез.
- 3) Атаксия, дизартрия.
- 4) Альтернирующие синдромы.

#

607. Для миотонии Томсона характерно все, кроме

- 1) Мышечных спазмов
- 2) Симптома «валика» и «ямки»
- 3) Симптома Белла
- 4) Замедленных движений

#

608. При атаксии Фридрейха происходит:

- 1) Дегенерация передних и боковых столбов.
- 2) Дегенерация задних и боковых столбов.
- 3) Поражение базальных ядер.
- 4) Дегенерация передних рогов спинного мозга.

#

609. Укажите вероятность повторного рождения больного ребенка у супругов, имеющих больную девочку с фенилкетонурией:

- 1) 50%;
- 2) 75%;
- 3) близко к 0%;
- 4) 25%.

#

610. Для синдрома Шерешевского-Тернера не характерны стигмы дисэмбриогенеза:

- 1) Короткая шея с крыловидными кожными складками;
- 2) Низкий рост;
- 3) Расщелина верхнего неба;
- 4) Отсутствие гонад;

#

611. Тип наследования болезни Коновалова – Вильсона.

- 1) Аутосомно-доминантный
 - 2) Аутосомно-рецессивный
 - 3) Сцепленный с X-хромосомой.
 - 4) Сцепленный с Y-хромосомой.
- #
612. Что поражается при болезни Паркинсона:
- 1) Периферические нервные волокна.
 - 2) Базальные ядра палидарной системы
 - 3) Базальные ядра стриарной системы
 - 4) Ретикулярная формация
- #
613. Для синдрома Луи-Бар характерны:
- 1) Колиты и ЯБЖ
 - 2) Синуситы и пневмонии
 - 3) Циститы, уретриты.
 - 4) Энцефалиты и менингиты.
- #
614. Клиническими признаками синингомиелии являются:
- 1) Сегментарные диссоциированные нарушения чувствительности
 - 2) Наличие дизрафических черт строения опорно-двигательного аппарата
 - 3) Прогрессирующая атрофия мышц в участках, соответствующих сегментарным нарушениям чувствительности
 - 4) Нижний спастический парализ
 - 5) Верно 1 и 2
- #
615. Тип наследования при галактоземии:
- 1) Аутосомно-доминантный
 - 2) Аутосомно-рецессивный
 - 3) Сцепленный с X хромосомой.
 - 4) Сцепленный с Y хромосомой.
- #
616. Биопсия кожи плода дает возможность диагностировать
- 1) Синдром Дауна
 - 2) Ихтиоз, эпидермолиз
 - 3) Гемофилию, фенилкетонурию
 - 4) Краниостеноз, микроцефалию
- #
617. Патология, какого белка выявляется при миодистрофиях Дюшенна, Беккера.
- 1) Дистрофина
 - 2) Плазмина
 - 3) Церулоплазмина.
 - 4) Фратаксина.
- #
618. Характерные костно-суставные изменения при атаксии Фридрейха:
- 1) Полая стопа, сколиоз
 - 2) Сустав Шарко, сколиоз
 - 3) «Грудь сапожника», плоскостопие
 - 4) Кифоз, лордоз, «куриная грудь».
- #
619. Содержимое грыжевого мешка при менингоцистоцеле :
- 1) Спинной мозг, ликвор, оболочки мозга.
 - 2) Корешки, ликвор, оболочки мозга.
 - 3) Ликвор, оболочки мозга.
 - 4) Спинной мозг, ликвор.
- #
620. Укажите показания для проведения цитогенетического анализа:
- 1) Привычное невынашивание беременности и наличие в анамнезе мертворождений;
 - 2) Гепатоспленомегалия, катаракта, умственная отсталость;
 - 3) Умственная отсталость, микроаномалии развития или врожденные пороки развития;
 - 4) Непереносимость некоторых пищевых продуктов, гемолитические кризы.
 - 5) Правильно 1 и 3
- #
621. Для болезни Верднига –Гоффманна характерно:

- 1) аутосомно-рецессивный тип наследования, дебют с внутриутробного периода, диффузная мышечная слабость, быстрое прогрессирование, неблагоприятный прогноз.
- 2) аутосомно-рецессивный тип наследования, дебют с 15 лет, пароксизмальная мышечная слабость, медленно прогрессирование, благоприятный прогноз.
- 3) аутосомно- доминантный тип наследования, дебют с 2-3 год жизни, медленная прогрессия, прогноз- относительно благоприятный.
- 4) аутосомно- доминантный тип наследования, дебют со 2-3 года жизни, диффузная мышечная слабость, быстрое прогрессирование, неблагоприятный прогноз.

#

622. При галактоземии накапливается:

- 1) Церулоплазмин
- 2) Глюкоза и ее метаболиты
- 3) Галактоза и ее метаболиты
- 4) Фруктоза и ее метаболиты.

#

623. Моносомия по X-хромосоме характерна для:

- 1) Синдрома Дауна.
- 2) синдром Клайнфельтера
- 3) Синдром Шершевского-Тернера.
- 4) Болезнь Такаюсу.

#

624. Характерные клинические признаки галактоземии:

- 1) Непереносимость глюкозы, диарея, обезвоживание.
- 2) Непереносимость глюкозы, задержка психомоторного развития.
- 3) Непереносимость молока, запоры и задержка мочеиспускания.
- 4) Непереносимость молока, желтуха, задержка психомоторного развития, катаракта.

#

625. Характерной чертой нижнего парапареза при болезни Штрюмпеля является:

- 1) преобладание слабости над спастичностью
- 2) преобладание спастичности над слабостью
- 3) преобладание мозжечковых симптомов над пирамидными
- 4) сочетание пирамидных симптомов с фибрилляцией мышц
- 5) сочетание пирамидных симптомов с сенситивной атаксией

#

626. Какие продукты относятся к зеленому списку «пищевого светофора» для лечения фенилкетонурии:

- 1) Красный болгарский перец, помидоры, свекла.
- 2) Фруктовый салат, сливочное масло, сахар, баклажаны.
- 3) Орехи, яйца, мясо, рыба, творог.
- 4) Молоко, кефир, рис, картофель.

#

627. Какая клиническая форма не относится к гепатолентикулярной дегенерации.

- 1) Абдоминальная.
- 2) Гемолитическая.
- 3) Дрожательная.
- 4) Корково-экстрапирамидная.

#

628. Для гипокалемической формы пароксизмальной миоплегии характерно:

- 1) Гиперкалемия во время приступа
- 2) Гипокалемия вне приступа
- 3) Гиперкалемия вне приступа
- 4) Гипокалемия во время приступа

#

629. Клинически атаксия Фридрейха характеризуется наличием:

- 1) Деформации стопы
- 2) Дизграфическим статусом
- 3) Поражением мышцы сердца
- 4) Снижением или выпадением рефлексов
- 5) Всего перечисленного

#

630. Количество какого белка уменьшается заболевании Вильсона-Коновалова.

- 1) Церулоплазмينا.
- 2) Альбумина.
- 3) Гамма - глобулина.

4) Миоглобина.

#

631. Какие исследования проводят при прогрессирующих мышечных дистрофиях

- 1) АЛТ, АСТ, ЭЭГ
- 2) КФК. Электронейромиографию
- 3) МРТ, КТ
- 4) УЗДГ, липидный спектр.

#

632. Наиболее высокие концентрации ХГЧ наблюдаются:

- 1) На 11-12 неделе беременности.
- 2) На 1-2 неделе беременности.
- 3) На 20-22 неделе беременности.
- 4) В первые 10 дней после зачатия.

#

633. На каком сроке беременности можно проводить биопсию тканей плода?

- 1) 1-2 месяца
- 2) 2-3 месяца
- 3) 4-6 месяца
- 4) В любом триместре

#

634. Дегенерация каких трактов приводит к болезни Штрюмпеля:

- 1) Спиноталамических.
- 2) Кортикоспинальных.
- 3) Пучков Флексига и Говерса.
- 4) Пучков Голя и Бурдаха.

#

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Общая неврология (7 семестр)

1. У больного явления раздражения задних корешков, связанные пояснично-крестцовым радикулитом на уровне L2-L4. Опишите неврологические симптомы.
2. Заболевание началось с атетоза в правой ноге, через несколько месяцев присоединились насильственные движения в туловище, затрудняющие ходьбу. Назовите неврологические синдромы и топический диагноз.
3. Имеется перерождение путей Голля и Бурдаха в пояснично-крестцовом отделе. Описать неврологическую симптоматику.
4. У больного синдром Броун-Секара, обусловленный ножевым ранением спинного мозга D8 справа.
5. У больного после ушиба спинного мозга развился периферический паралич обеих ног, расстройство всех видов чувствительности по проводниковому типу с уровня L1 и задержка мочеиспускания. Указать патологический очаг и патогенез неврологических расстройств.
6. У больного вследствие травмы спинного мозга произошло повреждение передних, задних, боковых рогов слева сегментов C4-D1, нарисовать схему, описать неврологические симптомы.
7. Имеется поражение передних рогов спинного мозга и боковых столбов на уровне L1-L5. Опишите неврологическую симптоматику.
8. У больного 50-ти лет страдающего боковым амиотрофическим склерозом выявлено снижение мышечной силы с диффузной атрофией и фибриллярными подергиваниями мышц рук, плечевого пояса, ног. Сухожильные и периостальные рефлексy на руках и ногах повышены, вызываются патологические рефлексy с рук и ног. Характер пареза?
9. У больного сирингомиелией имеется сегментарно -диссоциированный тип нарушения чувствительности в пределах C5-D3 дерматомов слева. Зарисовать на схеме зону анестезии и указать очаг поражения.
10. Из-за ревматического процесса у больного поражены полосатые тела (хвостатое ядро, скорлупа) с обеих сторон. Назовите синдром. Опишите клиническую картину.
11. У больного с интрамедуллярным процессом имеется выпадение чувствительности по сегментарно-диссоциированному типу с обеих сторон, C4-D10. Описать неврологическую симптоматику.
12. У больного сирингомиелией имеется сегментарно - диссоциированный тип нарушения чувствительности в пределах C5-D3 дерматомов слева. Зарисовать на схеме зону анестезии и указать очаг поражения.

13. У больного атрофия мышц языка справа, фибриллярные подергивания мышц языка справа, девиация языка вправо. Где очаг поражения?
14. Больной не может закрыть глаз слева, при попытке закрыть глаз глазное яблоко поворачивается кверху и видна белая полоска склеры. Какой ЧМН поражен, как называется симптом.
15. Повреждение каких образований вызывает появление синдрома Клода-Бернара-Горнера? Опишите неврологические симптомы.
16. У больного ограничения движений правого глазного яблока, расходящееся косоглазие за счет правого глаза, опущение верхнего века справа, мидриаз. Для поражения какого нерва это характерно?
17. 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?
18. У больного вследствие травмы развилась гематомиелия: в результате произошло повреждение передних, задних, боковых рогов С4-Д4 слева, а также правого пирамидного пути. Описать клиническую картину. Нарисовать схему.
19. У больного после ушиба спинного мозга развился периферический паралич обеих ног, расстройство всех видов чувствительности по проводниковому типу с уровня L1 и задержка мочеиспускания. Указать патологический очаг, патогенез неврологических расстройств.
20. Чем, каким очагом поражения объяснить у больного двустороннее интенционное дрожание, двусторонний адиадохокinez, скандированную речь и походку пьяного?

Частная неврология (7-8 семестр)

1. 49 – летний мужчина перенесший энцефалит во время эпидемии 1918г. в течение 20 лет лечился по поводу медленно прогрессирующего паркинсонизма. При неврологическом обследовании отмечены расширенные зрачки, отсутствие зрачковой реакции, паралич конвергенции, маскообразное лицо, генерализованная ригидность, грубое дрожание глаз, языка и рук. О каком заболевании можно думать в данном случае.
2. СМЖ прозрачная, давление 250 мм.вод. столба, белок 0,96 г/л, цитоз 786x10⁶/л, преобладают лимфоциты. Для каких заболеваний характерны подобные изменения?
3. 62- летний мужчина с мерцательной аритмией в анамнезе проснулся с правосторонней гемиплегией, АД 200/110 мм.рт.ст. Чувствительность сохранена. Речь невразумительна,

воспроизвести простые фразы не может. Инструкции выполняет. Укажите локализацию и характер процесса?

4. У 10-летней девочки после затяжной ангины развились непроизвольные, насильственные движения в дистальных отделах конечностей, усиливающиеся при волнении, приеме пищи, разговоре, исчезающие во сне. Какое заболевание можно предположить?

5. У 14-летнего мальчика на фоне недомогания и температуры 39С развилась диарея, которая держалась в течение 2х дней. Затем состояние несколько улучшилось, температура уменьшилась. Но появились выраженные головные боли, боли в спине. Развился асимметричный периферический паралич в ногах. В СМЖ давление высокое, плеоцитоз 250 в 1 мкл. О каком заболевании идет речь?

6. Больная 15 лет жаловалась на периодический сухой кашель в течение полугода, общую слабость, похудела на 5 кг, в последние 2-3 недели присоединилась головная боль, потливость, эмоциональная лабильность. Объективно: температура 38С, выржены светобоязнь, шумобоязнь, ригидность затылочных мышц, положительные симптом Кернига, Брудзинского. СМЖ прозрачная, после выстаивания в термостате появилась фибриновая пленка. Предположительный диагноз?

7. У мужчины 32 лет после поднятия тяжести возникла сильная боль в поясничном отделе позвоночника. Боль резко усиливается при движении в поясничном отделе позвоночника. При обследовании обнаружены выраженное напряжение мышц спины, сколиоз выпуклостью вправо в поясничном отделе, сглаженность поясничного отдела позвоночника. Движения в поясничном отделе резко ограничены, наклон туловища вперед не возможен из-за резкого усиления болей. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не обнаружено. Клинический диагноз. Дополнительные обследования. Лечение

8. 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 кость 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.

9. Девушка 16 лет поступила в стационар с жалобами на слабость в ногах и руках, онемение в стопах ("ощущение поролона под ногами"). Она заболела за четыре дня до поступления в больницу, когда отметила онемение и боли в ногах, к которым постепенно присоединилась

слабость сначала в ногах, затем в руках и мимических мышцах лица. За две недели до поступления были проявления острой респираторной вирусной инфекции. При поступлении отмечались слабость мимических мышц с левой стороны, слабость в ногах до двух баллов, в руках до трех баллов, гипотония мышц, отсутствие сухожильных рефлексов с ног и с рук, положительные симптомы натяжения нервных корешков, снижение всех видов чувствительности в ногах по типу "носков". Неврологические синдромы. Локализация поражения. Клинический диагноз. Дополнительные обследования и их вероятные результаты. Лечение.

10. Женщина 35 лет после подъема тяжести почувствовала резкую боль в поясничной области с иррадиацией в левую ногу по задненаружной поверхности бедра и голени. Впервые боли в пояснице возникли 2 года назад после физической нагрузки и прошли в течение нескольких дней. Настоящее обострение в течение двух дней. При осмотре: поясничный лордоз сглажен, сколиоз в поясничном отделе влево, напряжение мышц спины, движения в поясничном отделе резко ограничены, отмечается болезненность паравerteбральных точек. Симптом Ласега слева - 40°. Выявляются снижение всех видов чувствительности в виде полосы по задненаружной поверхности левого бедра, голени и наружного края стопы, отсутствие ахиллова рефлекса. Неврологические синдромы. Локализация поражения. Клинический диагноз. Дополнительные обследования. Лечение.

11. Мужчина 43 лет, сантехник, утром после сна отметил слабость в правой кисти. Накануне употреблял алкоголь в большом количестве и заснул сразу в конце застолья. При осмотре отмечаются слабость разгибателей кисти и пальцев ("висячая кисть"), плечелучевой мышцы, слабость разгибания и отведения большого пальца, снижение всех видов чувствительности в области анатомической табакерки, снижение рефлекса с трехглавой мышцы плеча. Неврологические синдромы. Предварительный клинический диагноз. Дополнительные обследования и их вероятные результаты. Лечение.

12. Мужчина 43 лет, сантехник, утром после сна отметил слабость в правой кисти. Накануне употреблял алкоголь в большом количестве и заснул сразу в конце застолья. При осмотре отмечаются слабость разгибателей кисти и пальцев ("висячая кисть"), плечелучевой мышцы, слабость разгибания и отведения большого пальца, снижение всех видов чувствительности в области анатомической табакерки, снижение рефлекса с трехглавой мышцы плеча. Неврологические синдромы. Предварительный клинический диагноз. Дополнительные обследования и их вероятные результаты. Лечение.

13. 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 лагофталм, 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

14. Мужчина 24 лет, программист, жалуется на сильную боль в грудном отделе позвоночника, распространяющуюся в левую половину грудной клетки. Боль возникла два дня назад на фоне длительной работы за персональным компьютером. Боль усиливается при дыхании, ротационных движениях в позвоночнике. Прием нитроглицерина не уменьшил выраженность боли, ЭКГ не выявила изменений. При обследовании выявляются S-образный сколиоз позвоночника, болезненность паравертебральных точек на грудном уровне (Th5–Th6) слева, болезненность при пальпации межреберного промежутка Th5–Th6 слева, защитное напряжение длинных мышц спины на грудном уровне слева. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет. Клинический диагноз. Дополнительные обследования. Лечение.

15. Женщина 57 лет, бухгалтер, жалуется на боли в шейном отделе позвоночника, распространяющиеся по наружной поверхности правой руки. Боли беспокоят в течение последних 3-х месяцев, постепенно усиливаются. При обследовании обнаружены напряжение мышц шеи, усиление кифоза в шейном отделе, ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника из-за болей. Определяются напряжение и болезненность трапецевидной мышцы, надостной мышцы, средней лестничной мышцы справа. При пальпации лестничной мышцы, повороте головы влево возникают боли по наружной поверхности правой руки. Отмечаются гипестезия по медиальной поверхности предплечий и кисти и снижение рефлекса с m.biceps справа, других неврологических нарушений нет. Неврологические синдромы. Локализация поражения. Клинический диагноз. Дополнительные обследования. Лечение.

16. У мужчины 50 лет в течение пяти лет постепенно развиваются слабость в ногах, утомляемость при ходьбе и нарушения мочеиспускания по типу императивных позывов. В неврологическом статусе: снижение силы в ногах до 3-х баллов с повышением мышечного тонуса по спастическому типу, высокими сухожильными рефлексами, патологическими симптомами Бабинского и Оппенгейма с обеих сторон. При исследовании глазного дна выявляется декolorация височных половин дисков зрительных нервов. При магнитно-резонансной томографии головы обнаружены очаги повышенной плотности в T2 режиме, расположенные в мозолистом теле и в спинном мозге. Неврологические синдромы. Локализация поражения. Клинический диагноз. Лечение.

17. Женщина 52 лет жалуется на боли, онемение, жжение, ощущение покалывания в стопах. Эти жалобы беспокоят в течение 4-х месяцев. Страдает инсулин-независимым сахарным диабетом, в течение 3-х лет, принимает манинил, уровень сахара в крови натощак в пределах 8–10 ммоль/л. В неврологическом статусе: снижение болевой и температурной чувствительности по типу "носков", гиперпатия в области стоп, отсутствие ахилловых рефлексов, трофические изменения кожи обеих стоп. Неврологические синдромы. Локализация поражения. Клинический диагноз. Дополнительные обследования и их вероятные результаты. Лечение.

18. 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 отмечают 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.

19. Женщину 24 лет беспокоит неловкость в руках, а также неуверенность при ходьбе, особенно в темноте. Эти нарушения отмечаются в течение двух недель и постепенно нарастают. Два года назад в течение месяца испытывала нарушения мочеиспускания в виде трудностей при удержании мочи. В неврологическом статусе: снижение суставно-мышечного чувства и вибрационной чувствительности в руках и ногах, промахивание при выполнении пальценосовой и пяточноколенной проб с закрытыми глазами, Неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе с закрытыми глазами. При наклоне головы вперед больная ощущает прохождение электрического тока по позвоночнику. При магнитно-резонансной томографии головы в режиме T2 обнаружены очаги повышенной плотности, расположенные в спинном мозге и вокруг желудочков головного мозга. Неврологические синдромы. Локализация поражения. Клинический диагноз. Лечение.

20. Мальчик У., 14 лет. Поступает с жалобами на потерю сознания, судороги в левой половине лица и конечностях, неоднократную рвоту. 2 часа назад упал на тренировке, жаловался на головную боль, тошноту, слабость. Через час после падения внезапно появились судороги, потерял сознание. В стационар доставлен каретой скорой помощи. В неврологическом статусе: сознание soporозное. Ригидность затылочных мышц. Глазные щели $D < S$, справа птоз, взгляд не фиксирует. Расходящееся косоглазие $OD > OS$. Зрачок справа расширен, реакция на свет ослаблена. Мышечный тонус повышен по спастическому типу, $S > D$. Коленные рефлексы высокие, с клонусами стоп, $S > D$. Положительный рефлекс Бабинского и Оппенгейма слева.

1. Где локализуется процесс.

2. Какой диагноз можно поставить больному?

21. Больной 36 лет. Жалуется на приступы подергивания правой руки, начавшиеся 6 месяцев назад и повторяющиеся 1 -2 раза в месяц. В течение последней недели приступы развивались ежедневно, трижды во время приступа больной терял сознание, отмечались тонико-клонические судороги. Беспокоит также головная боль с рвотой, светобоязнь. После приступа, который длится 2-3 минуты, отмечается слабость в правой кисти, затруднение речи. Все эти явления регрессируют через 2-3 часа.

Объективно: выявляется легкий парез взора вправо, сглажена правая носогубная складка, язык девирует вправо. Сухожильные рефлексы D>S, выявляются патологические рефлексы: верхний и нижний Россолимо, Бабинского, Оппенгейма справа. Чувствительных расстройств нет. Координаторные пробы выполняет. Намечена ригидность мышц затылка, симптом Кернига. На глазном дне -застойные явления. ЭХО-ЭГ - смещение М ЭХО слева направо на 7 мм. МРТ - слева в лобной доле определяется опухолевидное образование с четкими контурами, дислоцирующее срединные структуры, сдавливающие передний рог левого бокового желудочка.

Вопросы: диагноз, тактика.

22. Больная 16 лет на уроке в школе потеряла сознание. Отмечался развернутый генерализованный приступ. Перед приступом ощутила запах жженой резины. С 10-летнего возраста 1-2 раза в год отмечались «замирания», приступы «неожиданного падения», которые девочка амнезировала. В течение последнего года появилась раздражительность, снохождение, сноговорение.

Объективно: общемозговой и очаговой симптоматики нет. Эпилептические приступы отмечались у тети по материнской линии. На ЭЭГ -комплексы «острая-медленная волна», усиление пароксизмальной активности после гипервентиляции.

Вопросы: диагноз, тактика.

23. Больная 20 лет. С 10 лет возникают приступы выключения сознания на несколько секунд. Больная в этот момент замолкает, не отвечает на заданные вопросы, кожа лица бледнеет, глаза становятся неподвижными, но не падает. Создается впечатление, что она задумалась. Как только заканчивается приступ, больная продолжает прерванный разговор или работу. О припадках не помнит. Эти состояния повторяются 3-4 раза в сутки. В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено. Глазное дно - без патологии. На ЭЭГ - «спайк» волны.

Вопросы:

- 1) поставить диагноз,
- 2) назначить лечение.

24. Больного 18 лет беспокоят генерализованные судорожные припадки, начинающиеся с

ощущения радужных колец перед глазами, все предметы при этом теряют свои очертания, после чего больной теряет сознание и падает.

Таковыми припадками страдает с детства, частота их 3-4 раза в месяц. В неврологическом статусе очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Глазное дно без патологии. На ЭЭГ-эпиактивность генерализованного характера, более выраженная в затылочной области.

Требуется:

- 1) поставить диагноз,
- 2) назначить лечение.

25. На прием к врачу пришла мать с 9-летним мальчиком. Мать рассказывает, что у мальчика наблюдаются состояния, когда он вдруг как бы застывает, взгляд устремляется в одну точку, на обращенную к нему речь не реагирует. Такие явления бывают часто, по 10-15 раз в день.

При объективном исследовании никаких изменений в статусе ребенка не выявлено.

Каков диагноз? Какие дополнительные методы исследования должны быть проведены? Какие назначения необходимо сделать?

26. Больной жалуется на припадки, начинающиеся с подергиваний в пальцах левой руки, распространяющиеся затем на всю руку и левую половину лица. Вслед за этим больной теряет сознание. Припадки сопровождаются прикусыванием языка и упусканьем мочи.

Как называется такой вид эпилептического припадка? Где находится первичный очаг возбуждения? Какие дополнительные методы исследования необходимо провести такому больному?

27. У 37-летнего мужчины появились непроизвольные подергивания левого большого пальца на руке. В течение 30 секунд подергивания распространились на всю левую руку, а в левом предплечье и на лице появились насильственные движения. Он не мог вспомнить, что с ним случилось, но его жена сказала, что он упал, а подергивания распространились на всю левую половину тела. В бессознательном состоянии он пребывал 3 минуты, а затем 15 минут приходил в себя. во время приступа он прикусил язык, отмечалось непроизвольное мочеиспускание.

Какой приступ у больного?

Указать локализацию поражения?

Какие обследования необходимо предпринять?

Медицинская генетика (8 семестр)

1. Составьте родословную семьи со случаями прогрессирующей миопатии Дюшенна (атрофия скелетной мускулатуры с быстрым развитием и тяжелым течением). Пробанд – больной миопатией мальчик. По данным собранного у родителей анамнеза, сами родители и две сестры

пробанда здоровы. По отцовской линии два дяди, тетка, дед и бабушка пробанда здоровы. Две двоюродные сестры от дяди и двоюродный брат от тети пробанда здоровы. По линии матери пробанда один из двух дядей (старший) болел миопатией. Второй дядя (здоровый) имел двух здоровых сыновей и здоровую дочь. Тетя пробанда имела больного сына. Дед и бабушка здоровы.

а) Составив родословную, отметьте тип наследования болезни в этой семье.

б) Укажите гетерозиготных членов родословной.

2. В медико-генетическую консультацию по направлению акушера-гинеколога обратилась женщина 26 лет для уточнения диагноза по поводу невынашивания беременностей. Из акушерского анамнеза известно, что две беременности закончились самопроизвольным прерыванием на сроке 7-8 недель. Из семейного анамнеза известно, что родная сестра обратившейся, после одного самопроизвольного выкидыша в сроке 7 недель, родила недоношенного ребёнка с множественными пороками развития, который умер на 2-ой день жизни. Родословная со стороны мужа обратившейся – без особенностей. Объективно: правильного телосложения, пониженного питания, без фенотипических дизморфий; гинекологический статус – здорова.

Какие клинические данные необходимы для уточнения диагноза?

1. Какое специализированное генетическое обследование необходимо провести обратившейся?
2. Есть ли необходимость в проведении такого же обследования родственникам обратившейся? Если да, то кому; если нет, то почему?
3. Тактика ведения в зависимости от результатов обследования.
4. Прогноз потомства для обратившейся.

3. К генетику обратилась мать 15-летнего мальчика с жалобами на задержку полового развития сына. Из анамнеза известно, что ребёнок от 1 беременности, срочных родов. Раннее развитие – без особенностей, прививки – по возрасту. С 6 лет отмечались некоторые особенности в поведении (аутистические черты). В настоящее время учится в 9 классе общеобразовательной школы, успевает на 3, 4. По характеру замкнутый, друзей не имеет. Объективно: рост – 176 см, масса 82 кг, евнухоидное телосложение, отложение жира по «женскому типу», высокая талия, гинекомастия, скудное оволосение на лобке, в подмышечных впадинах, отсутствуют волосы над верхней губой. Голос высокий. Пальпаторно определяется некоторая гипоплазия яичек. Семейный анамнез без особенностей, есть здоровый сибс 5 лет.
Предположительный диагноз.

1. Какие дополнительные методы обследования можно назначить для уточнения диагноза?
2. Какими генетическими методами необходимо подтвердить диагноз?
3. Каков прогноз репродукции для пробанда?

4. Каков риск по данной патологии для потомства здорового сибса?

4. К детскому гинекологу-эндокринологу направлена девочка 16 лет с жалобами на отставание в половом развитии, аменорею. При осмотре: рост 138 см, правильного телосложения, нормального питания, широкая грудная клетка, короткая шея, лимфатический отек правой кисти, отсутствуют вторичные половые признаки (молочные железы не развиты, пушковые волосы в подмышечных впадинах и на лобке). Гинекологический статус: наружные половые органы сформированы правильно по женскому типу, матка гипоплазирована, яичники – в виде соединительнотканых тяжей.

Предположительный диагноз.

1. Какие лабораторные исследования необходимо провести девочке?
2. Какие генетические методы подтвердят диагноз?
3. Репродуктивный прогноз для пробанда?
4. Какие виды коррекции можно порекомендовать в данном случае?

5.



Рис. 12.7
Лицевой вид больного с синдромом Дауна

1. Какую патологию можно предположить по фотографии?
2. К какой группе наследственных заболеваний она относится?
3. Какие проблемы со стороны внутренних органов встречаются наиболее часто при этом заболевании?
4. Какова диагностика этого заболевания?
5. Каковы рекомендации по лечению и реабилитации таких людей?

6. У мальчика с 3 лет жизни стало отмечаться отставание в моторном развитии. Появилась слабость мышц тазового пояса, бедер, возникла «утиная походка». Позднее присоединилась слабость мышц плечевого пояса. К 10 годам стал с трудом передвигаться, особенно сложно подниматься по лестнице. При осмотре: грудная клетка уплощена, сколиоз грудного отдела позвоночника, поясничный лордоз, формируются «крыловидные лопатки», отмечается слабость проксимальных отделов рук, дыхательной мускулатуры, псевдогипертрофии икроножных мышц. Фибриллярные подергивания отсутствуют. Чувствительность сохранена. Признаки кардиомиопатия на ЭКГ. Интеллект снижен. В сыворотке крови в многократно увеличено содержание КФК. На ЭМГ выявляются изменения, характерные для первичного мышечного заболевания.

Поставьте диагноз.

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
Какой тип наследования заболевания?

7. У больного с 16 летнего возраста возникла и неуклонно прогрессирует слабость в мышцах: стало трудно подниматься по лестнице, вставать из положения на корточках (опирается на бедра, «карабкается по себе» или опирается за стоящие рядом предметы), появилась «утиная походка». Через несколько лет после начала заболевания стала отмечаться нарастающая слабость в проксимальных отделах рук. При осмотре обращают на себя внимание следующие симптомы: затруднено поднятие рук выше горизонтали (не может причесаться), «крыловидные лопатки» (атрофии передних зубчатых мышц). Из-за слабости трапецевидных мышц - симптом «свободных надплечий». Ограничен объем активных и пассивных движений. Низкие коленные рефлексы, рефлексы с двуглавой и трехглавой мышц плеча. Атрофии, локализующиеся преимущественно в проксимальных группах мышц верхних и нижних конечностей. Из-за атрофии мышц спины и брюшной стенки - «лягушачий живот». Усилен поясничный лордоз, появилась «осиная талия». Мышцы лица не страдают. Фибриллярные и фасцикулярные подергивания отсутствуют. Как проявление эндокринной патологии - ожирение и вегетативная дистония. При биохимическом исследовании крови - умеренное повышение КФК. На ЭМГ - изменения, характерные для первичного поражения мышц.

Поставьте диагноз.

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

8. У больного в возрасте 25 лет стали отмечаться слабость и прогрессирующая гипотрофия мышц лица и плечевого пояса. При осмотре отмечаются гипомимичное лицо («лицо сфинкса»), нарушение движений губами, не может сложить губы трубочкой, не может свистеть, при смехе

ротовая щель приобретает горизонтальное положение (углы рта не поднимаются - «поперечный смех»), глазные щели неплотно смыкаются, лоб не наморщивает («полированный лоб»), губы - оттопыренные («губы тапира»). Мышцы верхнего плечевого пояса - гипотрофичны, сухожильные рефлексы снижены. Интеллект сохранен. Креатин-креатининовый обмен нарушен умеренно. На ЭМГ - признаки первичного поражения мышц.

Поставьте диагноз.

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Какой тип наследования?

9. У ребенка через 2 года после рождения появилась и прогрессирует слабость мышц; вначале движения ограничены в ногах, затем в туловище. Слабость симметрично и постепенно охватывает мышцы плечевого пояса, верхних конечностей, шеи. Характерна «лягушачья поза» (ноги разведены и ротированы наружу). Вследствие гипотонии и атрофии мышц развивается синдром «вялого ребенка». Отмечаются фасцикуляции в мышцах конечностей. Экскурсия дыхательных мышц уменьшена. Сухожильные и периостальные рефлексы снижены. На ЭМГ - «ритм частогокола». Уровень КФК - нормальный. Летальный исход наступил через 5 лет после начала заболевания из-за пневмонии вследствие пареза межреберных мышц и диафрагмы.

Поставьте диагноз.

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Какой тип наследования?

10. У больного в возрасте 35 лет появилось дрожание рук, а затем и ног, которое постепенно нарастает. При выполнении произвольных движений дрожание усиливается, в состоянии покоя - уменьшается, вплоть до полного отсутствия. Через несколько лет гиперкинез распространился на мышцы лица, на мышцы, участвующие в речевом акте, и речь стала сканированной и дрожащей. Кроме указанных симптомов у пациента имеется атаксия, дискоординация, нистагм, мышечная дистония, пигментация зеленовато-бурого цвета по наружному краю радужки (кольцо Кайзера-Флейшера). Лабораторные исследования: в сыворотке крови снижение содержания церуллоплазмина (ниже 10 ЕД, при норме 25-45 ЕД), гиперкупрурия (до 1.000 мкг/сутки, при норме 150 мкг/сутки); гипераминоцидурия (до 1.000 мг/сутки, при норме 350 мг/сутки). Изменение печеночных проб. На МРТ - расширение желудочков головного мозга и атрофия коры.

Поставьте диагноз.

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Какой патогенез заболевания?

Методы лечения.

11. Больной 57 лет. Первые симптомы заболевания появились в 45 летнем возрасте, когда стали отмечаться неритмичные, произвольные движения в различных мышечных группах, которые усиливались при волнении и исчезали во сне. В начале болезни временно могла подавлять эти насильственные движения и обслуживать себя. Через несколько лет после начала заболевания присоединились нарушения памяти, сузился круг интересов, снизился интеллект. При осмотре: больная из-за гиперкинеза гримасничает, жестикулирует, широко разбрасывает руки, при ходьбе раскачивается, пританцовывает. Из-за гиперкинеза речевой мускулатуры нарушена речь - она стала медленной и неравномерной. Мышечный тонус - дистоничен.

Поставьте диагноз.

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Какой тип наследования?

Нейрохирургия (8 семестр)

1. У больного на протяжении 6 месяцев постепенно развивается слабость в левой ноге. При осмотре выявлен пирамидный парез в левой ноге, поверхностная чувствительность нарушена с уровня Th 4-5 справа, суставно-мышечное чувство расстроено до голеностопного сустава слева. Определите локализацию патологического процесса и клинический синдром. Для каких патологических процессов характерна подобная клиника?

2. У 42-летней женщины отмечалось снижение зрения сначала справа, затем слева, отсутствие менструации в последние два года, жажда и частое мочеиспускание.

Неврологическое обследование выявило атрофию зрительных нервов на глазном дне, битемпоральная гемианопсия, слабость конвергенции, реакция зрачков на свет снижена, на краниограмме турецкое седло увеличено в размерах.

Какой топический и клинический диагноз можно поставить, и обоснуйте их?

3. 58-летняя женщина жаловалась на звон и снижение слуха слева, головные боли, пошатывание при ходьбе, в течение 6 месяцев ходит с трудом. Симптомы имеют прогрессирующий характер. Болеет в течение 5 лет.

Неврологическое обследование выявило нистагм при взгляде влево, отсутствие корнеального рефлекса слева, гипестезия лица слева, снижение глоточного рефлекса слева, ходит с широко расставленными ногами, в позе Ромберга падает влево, мозжечковые пробы выполняет хуже левыми конечностями. Легкая пирамидная недостаточность справа. На глазном дне смазанность границ сосков зрительных нервов. В люмбальном ликворе белково-клеточная диссоциация.

Какой топический и клинический диагноз можно поставить данному больному?

4. Больной 47 лет поступил с жалобами на пошатывание при ходьбе. Из анамнеза известно, что 8 месяцев назад стал постепенно снижаться слух на левое ухо, затем перекосило лицо вправо, и онемела левая щека, появились головные боли, тошнота головокружение. При осмотре невропатологом: нарушение слуха слева по типу звуковоспринимающего аппарата, периферический парез левого лицевого нерва, гипестезия левой половины лица, гипотония мышц атаксия в левых конечностях.

Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Какой Ваш предполагаемый диагноз?

При каких заболеваниях возможно развитие гипертензионного синдрома?

5. Мальчик У., 14 лет. Поступает с жалобами на потерю сознания, судороги в левой половине лица и конечностях, неоднократную рвоту. 2 часа назад упал на тренировке, жаловался на головную боль, тошноту, слабость. Через час после падения внезапно появились судороги, потерял сознание. В стационар доставлен каретой скорой помощи.

В неврологическом статусе: сознание sopрозное. Ригидность затылочных мышц. Глазные щели $D < S$, справа птоз, взгляд не фиксирует. Расходящееся косоглазие $OD > OS$. Зрачок справа расширен, реакция на свет ослаблена. Мышечный тонус повышен по спастическому типу, $S > D$. Коленные рефлексы высокие, с клонусами стоп, $S > D$. Положительный рефлекс Бабинского и Оппенгейма слева.

1. Где локализуется процесс.

2. Какой диагноз можно поставить больному?

ТЕМЫ ДОКЛАДОВ И ПРЕЗЕНТАЦИЙ (7-8 семестр)

1. Современные подходы к лечению ишемического инсульта.
2. Современные подходы к лечению геморрагического инсульта.
3. Принципы назначения глюкокортикоидов в неврологической практике.
4. Практика назначения иммуноглобулинов в неврологии.
5. Тактика назначения антиконвульсантов.
6. Практика назначения антихолинэстеразных препаратов.
7. Современные возможности нейровизуализации.
8. Эндоваскулярные методы лечения в нейрохирургической практике.
9. ЭЭГ-видеомониторинг, диагностическое значение.
10. Понятие о популяционной генетике в КР.
11. Тактика гипотензивной терапии при цереброваскулярной патологии
12. Реабилитация у больных с инсультом.
13. Первичная и вторичная профилактика при цереброваскулярной патологии

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ (7-8-семестр)

1. Система заднего продольного пучка, функция.
2. Виды атаксий, топическое значение.
3. Варианты гемианопсий, топическое значение.
4. Альтернирующие синдромы, понятие, топическое значение, привести примеры.
5. Нейропластичность в практической медицине.
6. Современные подходы лечения ишемического инсульта.
7. Комплексное лечение геморрагического инсульта.
8. Современные методы лечения гидроцефалий.
9. Современные подходы нейрофармакологии эпилепсии.
10. Нейрохирургическое лечение эпилепсии.
11. Принципы реабилитации больных с ДЦП.
12. Инвазивные и неинвазивные методы пренатальной диагностики
13. ДНК-диагностика наследственных заболеваний.
14. Методы генной инженерии на службе диагностики и лечения нервных заболеваний.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

Общая неврология (7 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. Клинические проявления синдрома Броуна-Секара.
8. Синдром Горнера
9. Клиника полного поперечного поражения спинного мозга на уровне шейного утолщения.
10. Клиника полного поперечного поражения спинного мозга на уровне поясничного утолщения.
11. Клиника полного поперечного поражения спинного мозга на уровне грудных сегментов.
12. Стриарная система, симптомы поражения.
13. Паллидарная система, симптомы поражения
14. Обонятельный нерв и симптомы его поражения
15. Нарисовать схему проводящих путей зрительного нерва
16. Виды гемианопсий.
17. Глазодвигательный нерв и симптомы его поражения.
18. Симптомы поражения тройничного нерва
19. Симптомы поражения лицевого нерва
20. Клиника поражения слухового нерва
21. Вестибулярный нервы и симптомы его поражения.
22. Бульбарный паралич
23. Псевдобульбарный паралич.
24. Подъязычный нерв и симптомы его поражения.
25. Понятие об альтернирующих синдромах, привести примеры.
26. Проводящие пути мозжечка (Флексига и Говерса)
27. Симптомы поражения мозжечка.
28. Речь и ее расстройства.
29. Гнозис и виды агнозий.
30. Праксис и виды апраксий.
31. Память и ее расстройства.
32. Расстройства иннервации мочевого пузыря и прямой кишки.
33. Гипоталамический синдром.
34. Синдром вегетодистонии, клинические формы
35. Синдромы поражения лобной доли.
36. Синдромы поражения теменной доли.
37. Синдромы поражения височной доли.
38. Синдромы поражения затылочной доли.
39. Синдромы поражения плечевого сплетения.
40. Синдромы поражения локтевого нерва.
41. Синдромы поражения лучевого нерва.
42. Синдромы поражения срединного нерва.
43. Синдромы поражения пояснично-крестцового сплетения.
44. Синдромы поражения седалищного нерва.

45. Синдромы поражения бедренного нерва.
46. Степени нарушения сознания.
47. Менингеальный синдром, клиника

Частная неврология и нейрохирургия (7-8 семестр)

1. Классификация нарушений мозгового кровообращения.
2. Геморрагический церебральный инсульт. Факторы риска. Патогенез, клиника, диагностика.
3. Принципы лечения геморрагического инсульта, неотложная терапия.
4. Ишемический церебральный инсульт. Факторы риска. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
5. Принципы лечения ишемического инсульта, неотложная терапия.
6. Субарахноидальное кровоизлияние. Патогенез, факторы риска, клиника, диагностика, лечение.
7. Преходящие нарушения мозгового кровообращения. Патогенез, факторы риска, клиника, диагностика, лечение.
8. Мигрень. Клиника, лечение.
9. Немигренозные головные боли.
10. Острый серозный менингит. Этиология, клиника, лечение.
11. Туберкулезный менингит. Лечение.
12. Менингококковый менингит. Этиология, эпидемиология, клиника, лечение, профилактика.
13. Вторичные гнойные менингиты. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
14. Полиомиелит. Этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
15. Клещевой энцефалит. Этиология, патогенез, эпидемиология, клиника, лечение, профилактика.
16. Герпетический энцефалит. Этиология, патогенез, эпидемиология, клиника, лечение, профилактика.
17. Невралгия тройничного нерва, этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
18. Острая демиелинизирующая полирадикулоневропатия Гийена-Барре. Клиника, диагностика.
19. Принципы лечения синдрома Гийена-Барре.
20. Полиневропатии (диабетическая, свинцовая, алкогольная и др.).
21. Критерии диагностики нейроревматизма. Малая хорея Патогенез, клиника, лечение.
22. Критерии диагностики нейросифилиса.
23. Критерии диагностики нейроСПИДа.
24. Критерии диагностики нейробруцеллеза.
25. Вегетативная дистония. Клиника, лечение.
26. Нейропатия VII пары черепно-мозгового нерва.
27. Этиология и виды прозалгий.
28. Эпилепсия и судорожные синдромы.
29. Эпилептический статус. Патогенез, клиника, лечение.
30. Болезнь Паркинсона. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
31. Миастения. Патогенез, клиника, лечение. Миастенический криз. Холинэргический криз, критерии, неотложная помощь.
32. Опухоли головного, спинного мозга. Классификация.
33. Черепно-мозговая травма. Классификация, диагностика, лечение.

Медицинская генетика (8 семестр)

1. Классификация наследственных заболеваний.

2. Медико-генетическое консультирование: цель, задачи, условия проведения.
3. Клинико-генеалогический метод, его диагностические возможности.
4. Пренатальная диагностика, ее роль в первичной профилактике наследственно-семейных заболеваний.
5. Неинвазивные методы пренатальной диагностики: УЗИ, определение ХГЧ, АФП в сыворотки крови, показания сроки проведения.
6. Цитогенетические методы исследования. Определение. Суть методов.
7. Инвазивные методы пренатальной диагностики: амниоцентез, кордиоцентез, показания, сроки проведения.
8. Инвазивные методы пренатальной диагностики, биопсии кожи, мышц, показания, сроки проведения, противопоказания.
9. Молекулярно-генетические и биохимические методы диагностики наследственных заболеваний. Показания к их проведению.
10. Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшена, клиника, диагностика.
11. Гепатоцеребральная дистрофия, клиника, лечение.
12. Прогрессирующая мышечная дистрофия Ландузи-Дежерина, клиническая картина.
13. Клиническая картина синдрома Клайнфельтера.
14. Семейные формы Бокового амиотрофического склероза, клиника, прогноз.
15. Торсионная дистония, патогенез, принципы лечения
16. Болезнь Штрюмпеля. Тип наследования, патогенез
17. Миотоническая дистрофия, болезнь Томсона.
18. Болезнь Фридрейха, клиническая картина.
19. Клиническая картина синдрома Шерешевского – Тернера.
20. Клиническая картина синдрома Дауна.
21. Невральная амиотрофия Шарко-Мари, диагностика.
22. Пороки развития нервной системы, синдромы, диагностика, лечение.
23. Гиперкалемическая форма пароксизмальной миоплегии, лечение.
24. Семейные формы первичного паркинсонизма, диагностика, лечение.
25. Факоматозы. Нейрофиброматоз, диагностика, лечение.
26. Хорея Гентингтона, диагностика, лечение.

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

(7 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.
7. Методика исследования высшей нервной деятельности.

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 парализ. 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, подкрепленных 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 информация 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 информации	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	Использованы информационные	Использованы информационные	Широко использованы	

	технологии (PowerPoint). Больше 4 ошибок в представляемой информации	технологии (PowerPoint) частично. 3-4 ошибки в представляемой информации	технологии (PowerPoint). Не более 2-х ошибок в представляемой информации	информационные 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 этико-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 этико-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 этико-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.

Технологическая карта дисциплины

Специальность «Лечебное дело»

Курс 4, семестр 7, количество ЗЕ – 3, отчетность – зачет

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя семестра)
7 семестр					
Раздел 1					
1.Общая неврология	Текущий контроль	Устный опрос, контрольная работа, практические навыки неврологического обследования, посещаемость.	5	10	4/13
	Рубежный контроль	Письменный опрос, ситуационная задача, практические навыки.	15	20	
Раздел 2					
2.Частная неврология. Цереброваскулярные заболевания и инфекционные заболевания нервной системы.	Текущий контроль	Устный опрос, контрольная работа, доклад, презентация, реферат, посещаемость.	5	10	6/15
	Рубежный контроль	Устный опрос, ситуационная задача, тест,	5	10	
Раздел 3					
3. Частная неврология. Демиелинизирующие заболевания, заболевания периферической нервной системы.	Текущий контроль	Устный опрос, контрольная работа, доклад, презентация, реферат, посещаемость, активность.	5	10	9/18
	Рубежный контроль	Устный опрос, ситуационная задача, тест,	5	10	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль зачет			20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине:			60	100	

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

Технологическая карта дисциплины

Специальность «Лечебное дело»

Курс 4, семестр 8, количество ЗЕ – 3, отчетность – экзамен

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя семестра)
8 семестр					
Раздел 4					
4. Частная неврология. Эпилепсия, детский церебральный паралич.	Текущий контроль	Устный опрос, контрольная работа, реферат, доклад, презентация, посещаемость.	5	10	27/37
	Рубежный контроль	Устный опрос, тест, ситуационная задача.	5	10	
Раздел 5					
5. Медицинская генетика.	Текущий контроль	Устный опрос, контрольная работа, реферат, доклад, презентация, родословная, посещаемость.	5	10	29/39
	Рубежный контроль	Устный опрос, ситуационная задача, тест.	5	10	
Раздел 6					
6. Нейрохирургия	Текущий контроль	Устный опрос, контрольная работа, реферат, доклад, презентация, посещаемость.	5	10	32/42
	Рубежный контроль	Письменный опрос, ситуационная задача, защита истории болезни.	15	20	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль экзамен			20	30	
Рейтинг по дисциплине:			60	100	

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

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.

1. Жалобы больного (на первом месте основные, затем общего характера)
2. Анамнез заболевания (с чего началось заболевание, как развивалось, какое лечение получал, каков эффект проводимого лечения).

Анамнез жизни Особенности развития по возрастным этапам. С какого возраста начал ходить, говорить, посещать школу. Условия жизни и воспитания в семье. Успеваемость в школе. Образование. Заболевания, перенесенные в детстве особо отметить: припадки, заикание, снохождение, ночное недержание мочи и во взрослом состоянии. Интоксикация: алкоголь, табак, пищевые и др. Физические травмы, перенесенные операции. Травмы черепа и позвоночника, расстройства в остром периоде и последствия. Психические перенапряжения, конфликтные ситуации и реакция на них. Трудовая деятельность: профессия, квалификация и стаж работы, условия труда. Профессиональные вредности. Работоспособность до болезни и в связи с настоящим заболеванием. Половая жизнь, с какого возраста. У женщин - начало менструаций, беременности, роды, аборт, выкидыши. Семейное положение, состав семьи. Родство между родителями. Заболевания у ближайших родственников (составить родословную таблицу). Жилищные условия и материальная обеспеченность.)

3. Status praesens objectivus (данные объективного осмотра):

Соматический статус (по стандартной схеме)

Неврологический статус:

Состояние сознания, наличие общемозговой симптоматики.

Менингеальные симптомы.

Стигмы дисэмбриогенеза.

Форма черепа

Черепные нервы (с 1 по 12 пары)

Двигательная сфера – объем активных движений, если ходит указать тип походки, мышечный тонус, мышечная сила, наличие атрофий, их симметричность.

Сухожильные рефлексы

Патологические рефлексы

Координаторная сфера

Чувствительность.

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

Высшая нервная деятельность.

4. Предварительный диагноз: выставляется на основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, выделения ведущих неврологических синдромов, установления топического диагноза, после чего указывается нозологическая форма.
5. План обследования больного (логически вытекает из предварительного диагноза, который нужно либо подтвердить, либо опровергнуть).
6. Результаты проведенного обследования (выписываются из истории болезни пациента).
7. Дифференциальный диагноз проводится с 2-3 сходными по клинике заболеваниями.
8. Назначаемое лечение (выписка рецептов с указанием рассчитанной дозы, способа и кратности введения препарата).
9. Клинический диагноз и его обоснование (использовать только необходимые данные, позволяющие поставить диагноз). Основной и сопутствующий диагнозы обосновываются отдельно.
10. Дневники (должны отражать динамику процесса, всего 2-3).
11. Выписной или этапный эпикриз (если больной продолжает находиться в стационаре) – указывается время пребывания в стационаре, клинический диагноз, жалобы, данные объективного осмотра, проведенное обследование, лечение, эффект от проведенного лечения. Рекомендации.