

УТВЕРЖДАЮ

Декан Медицинского факультета

Зарифьян А.Г.



2015 г.

Неврология, медицинская генетика рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики**
Учебный план 31050250_15_13пл.pli.xml
31.05.02.65 Педиатрия

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	
	уп	рпд	уп	рпд	уп	рпд
Неделя	17,7		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 инт.	4	4	4	4	8	8
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 Мусабеева Т.О.

к.м.н., доцент Васильченко В.В.

к.м.н. Андрианова Е.В.

Рецензент(ы)

д.м.н., профессор Кузов Б.Б.

к.м.н., доцент Джалилова К.А.

Рабочая программа дисциплины

Неврология, медицинская генетика

разработана в соответствии с ФГОС 3+

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.02 Педиатрия (уровень: специалитета) (приказ Минобрнауки России от 17.08.2015г. №853)

составлена на основании учебного плана

31.05.02.65 Педиатрия

утвержденного ученым советом вуза от 29.09.2015 протокол № 2

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики


Протокол от 26.08 2015 г. № 1

Срок действия программы: 2015-2021 уч.г.

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

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

16.11. 2016 г. 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры
Неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

Протокол от 2 09 2016 г. № 2
Зав. кафедрой к.м.н. доцент Мусабекова Т.О.



Председатель УМС

14.10. 2017 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры
Неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

Протокол от 18.08 2017 г. № 1
Зав. кафедрой к.м.н. доцент Мусабекова Т.О.



Председатель УМС

12.10. 2018 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры
Неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

Протокол от 24.09 2018 г. № 2
Зав. кафедрой к.м.н. доцент Мусабекова Т.О.



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 Мусабекова Т.О.



1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Получение студентом знаний об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечении и профилактике основных заболеваний нервной системы в детском возрасте.
1.2	Формирование у студентов основ клинического неврологического мышления. Освоение студентами методики неврологического обследования детей, как новорожденных, так и раннего возраста. Формирование умения поставить топический, клинический диагноз основных неврологических заболеваний у детей.
1.3	Обучение студентов проведению неотложной терапии при неврологических заболеваниях у детей, организации ухода за неврологическими больными. Осуществление профилактики болезней нервной системы в детском возрасте.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:	Б1.Б
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Пропедевтика психических расстройств
2.1.2	Патологическая анатомия
2.1.3	Патофизиология, клиническая патофизиология
2.1.4	Пропедевтика внутренних болезней
2.1.5	Пропедевтика детских 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	Анатомия
2.1.12	Биология
2.1.13	Латинский язык
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Акушерство и гинекология
2.2.2	Патопсихология
2.2.3	Профессиональные болезни
2.2.4	Психиатрия, медицинская психология
2.2.5	Госпитальная терапия
2.2.6	Госпитальная хирургия
2.2.7	Медицинская реабилитация
2.2.8	Офтальмология
2.2.9	Дерматовенерология
2.2.10	Инфекционные болезни у детей
2.2.11	Клиническая фармакология
2.2.12	Оториноларингология
2.2.13	Травматология и ортопедия
2.2.14	Онкология, лучевая терапия
2.2.15	Госпитальная педиатрия
2.2.16	Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия
2.2.17	Поликлиническая и неотложная педиатрия

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 новорожденных и детей раннего возраста. 2. Методику неврологического обследования детей в разных возрастных группах. 3. Основные клинические симптомы и синдромы часто встречающихся неврологических заболеваний у детей разных возрастных групп. 4. Дополнительные методы диагностики часто встречающихся неврологических заболеваний у детей разных возрастных групп.
Уровень 2	1. Факторы риска возникновения неврологических заболеваний у новорожденных и детей раннего возраста. 2. Этиопатогенез, клиническую картину и диагностику часто встречающихся неврологических заболеваний у детей разных возрастных групп.
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 детей разных возрастных групп. 2. Составить модель родословной для семей, имеющих наследственные заболевания нервной системы. 3. Исследовать неврологический статус у детей разного возраста.
Уровень 2	1. Определить неврологические синдромы при неврологических заболеваниях у детей в разных возрастных группах. 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 дополнительных методов обследования для диагностики часто встречающихся неврологических заболеваний у детей в разных возрастных группах.
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 пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.

Знать:

Уровень 1	Неврологические симптомы, синдромы заболеваний, основных нозологических форм в соответствии с МКБ.
Уровень 2	Алгоритм постановки топического, клинического диагнозов у детей разных возрастных групп.
Уровень 3	Дополнительные методы исследования при заболеваниях нервной системы у детей разных возрастных групп.

Уметь:

Уровень 1	Выделять симптомы и синдромы основных неврологических заболеваний.
Уровень 2	Выявить нозологическую форму основных неврологических заболеваний.
Уровень 3	Обосновать основные неврологические заболевания в детском возрасте.

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 обследований у детей разных возрастных групп 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 детей разных возрастных групп.
Уровень 3	Лечение, профилактику и реабилитацию неврологических больных, оказание помощи при неотложных состояниях.

Уметь:

Уровень 1	Обосновать принципы лечения детей разных возрастных групп с основными неврологическими заболеваниями.
-----------	---

Уровень 2	Определить виды и методы лечения больных детей разных возрастных групп с основными неврологическими заболеваниями.
Уровень 3	Рассчитать дозы медикаментозных препаратов больным детям разных возрастных групп при неотложных состояниях.

Владеть:

Уровень 1	Принципами лечения основных неврологических заболеваний.
Уровень 2	Алгоритмом лечения, профилактики и реабилитации неврологических больных.
Уровень 3	Навыками оказания помощи больным детям разных возрастных групп.

ПК-11: готовностью к участию в оказании скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Знать:

Уровень 1	Виды неотложной помощи в неврологии.
Уровень 2	Алгоритм оказания помощи при неотложных состояниях у детей в разных возрастных группах.
Уровень 3	Особенности лечения неотложных состояний в детской неврологии.

Уметь:

Уровень 1	Определить тактику неотложной помощи в неврологии.
Уровень 2	Использовать алгоритм оказания неотложных мероприятий в детской неврологии.
Уровень 3	Определить лечение больных детей при неотложных состояниях в неврологии.

Владеть:

Уровень 1	Принципами оказания неотложной помощи в детской неврологии.
Уровень 2	Алгоритмом оказания помощи при неотложных состояниях в неврологии в разных возрастных группах.
Уровень 3	Навыками оказания неотложной помощи больным детям 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 у детей.
Уровень 2	Способы и методы профилактики основных неврологических заболеваний у детей.
Уровень 3	Комплексы профилактических мероприятий при основных неврологических заболеваниях.

Уметь:

Уровень 1	Выявлять факторы риска основных неврологических заболеваний у детей.
Уровень 2	Определять необходимые профилактические мероприятия при основных неврологических заболеваниях у детей.
Уровень 3	Составлять для больных индивидуальный план комплексной профилактики основных неврологических заболеваний.

Владеть:

Уровень 1	Способами выявления факторов риска основных неврологических заболеваний у детей.
Уровень 2	Навыками определения плана профилактических мероприятий при основных неврологических заболеваниях у детей.
Уровень 3	Навыками этапного проведения профилактических мероприятий при основных неврологических заболеваниях у детей.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	Особенности сбора жалоб и анамнеза у новорожденных и детей раннего возраста.
3.1.2	Методику неврологического обследования детей в разных возрастных группах.
3.1.3	Основные клинические симптомы и синдромы часто встречающихся неврологических заболеваний у детей разных возрастных групп.
3.1.4	Дополнительные методы диагностики часто встречающихся неврологических заболеваний у детей разных возрастных групп;
3.1.5	Факторы риска возникновения неврологических заболеваний у новорожденных и детей раннего возраста
3.1.6	Этиопатогенез, клиническую картину и диагностику часто встречающихся неврологических заболеваний у детей разных возрастных групп.
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 у детей разных возрастных групп
3.1.11	Дополнительные методы исследования при заболеваниях нервной системы у детей разных возрастных групп
3.1.12	Тактику ведения неврологических больных при основных заболеваниях
3.1.13	Особенности лечения детей разных возрастных групп
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 у детей в разных возрастных группах
3.1.17	Особенности лечения неотложных состояний в детской неврологии
3.1.18	Виды профилактики основных неврологических заболеваний у детей
3.1.19	Способы и методы профилактики основных неврологических заболеваний у детей
3.1.20	Комплексы профилактических мероприятий при основных неврологических заболеваниях
3.2	Уметь:
3.2.1	Собирать жалобы, анамнез у детей разных возрастных групп.
3.2.2	Составить модель родословной для семей, имеющих наследственные заболевания нервной системы.
3.2.3	Исследовать неврологический статус у детей.
3.2.4	Определить неврологические синдромы при неврологических заболеваниях у детей в разных возрастных группах.
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 основных неврологических заболеваний.
3.2.9	Выявить нозологическую форму основных неврологических заболеваний.
3.2.10	Обосновать основные неврологические заболевания в детском возрасте.
3.2.11	Обосновать принципы лечения детей разных возрастных групп с основными неврологическими заболеваниями.
3.2.12	Определить виды и методы лечения больных детей разных возрастных групп с основными неврологическими заболеваниями.
3.2.13	Рассчитать дозы медикаментозных препаратов больным детям разных возрастных групп при неотложных состояниях.
3.2.14	Определить тактику неотложной помощи в неврологии.
3.2.15	Использовать алгоритм оказания неотложных мероприятий в детской неврологии.
3.2.16	Определить лечение больных детей при неотложных состояниях в неврологии.
3.2.17	Выявлять факторы риска основных неврологических заболеваний у детей.
3.2.18	Определять необходимые профилактические мероприятия при основных неврологических заболеваниях у детей.
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 дополнительных методов обследования для диагностики часто встречающихся неврологических заболеваний у детей в разных возрастных группах.
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 обследований у детей разных возрастных групп 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 детям разных возрастных групп.

3.3.15	Принципами оказания неотложной помощи в детской неврологии.
3.3.16	Алгоритмом оказанием помощи при неотложных состояниях в неврологии в разных возрастных группах.
3.3.17	Навыками оказания неотложной помощи больным детям при urgentной неврологической патологии.
3.3.18	Способами выявления факторов риска основных неврологических заболеваний у детей.
3.3.19	Навыками определения плана профилактических мероприятий при основных неврологических заболеваниях у детей.
3.3.20	Навыками этапного проведения профилактических мероприятий при основных неврологических заболеваниях у детей.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
Раздел 1. Общая неврология							
1.1	Предмет, методы и структура невропатологии. Некоторые вопросы структурно-функциональной организации нервной системы. Высшие мозговые функции. /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э1 Э2	0	
1.2	Движения и его расстройства: 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 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э2 Э6 Э7	2	Интерактивные методы обучения. Обучение с элементами НИРС
1.3	Освоение методики исследования двигательной сферы /Ср/	7	3	ПК-5	Л1.3 Л1.2 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э2 Э7	0	
1.4	Чувствительность и ее расстройства. 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 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э1	0	
1.5	Освоение методики исследования чувствительной сферы. /Ср/	7	1	ПК-5	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э1	0	
1.6	Нарушение сна. Головная боль. Ликвор и его диагностическое значение. /Лек/	7	6	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э1	0	
1.7	Методика обследования I - XII пар черепно-мозговых нервов. Синдромы поражения. Альтернирующие синдромы. /Пр/	7	10	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э1 Э2	0	

1.8	Освоение методики исследования черепно-мозговых нервов. /Ср/	7	4	ПК-5	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э1	0	
1.9	Вегетативная нервная система, симптомы поражения. /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э1 Э2	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 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э2	0	
1.11	Освоение методики исследования вегетативной нервной системы, высшей нервной деятельности /Ср/	7	2	ПК-5	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э2	0	
1.12	Особенности неврологического статуса у новорожденных и детей раннего возраста /Пр/	7	2	ПК-5	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э1 Э2	0	
	Раздел 2. Частная неврология. Заболевания периферической нервной системы. Цереброваскулярные заболевания.						
2.1	Заболевания периферической нервной системы. Нейропатии, невралгии, полирадикулонейропатии, современные методы лечения. Неврологические проявления дегенеративных заболеваний позвоночника /Лек/	7	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-16	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э1 Э2	0	
2.2	Полинейропатии, особенности диабетической, алкогольной, свинцовой, дифтерийной и при ботулизме. Острая полинейропатия Гийена – Баре. Невралгии, нейропатии. Дегенеративные заболевания позвоночника. /Пр/	7	6	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-16	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э2	0	
2.3	Дегенеративные поражения нервной системы, рентгенодиагностика /Ср/	7	2	ПК-5	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э1	0	

2.4	Острые нарушения мозгового кровообращения. Дисциркуляторная энцефалопатия. /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-11 ПК-16	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.2 Л3.7 Э2 Э3	0	
2.5	Острые нарушения мозгового кровообращения. Преходящие нарушения мозгового кровообращения: церебральные гипертонические кризы, транзиторные ишемические атаки. Мозговые инсульты. Особенности нарушения мозгового кровообращения у детей. /Пр/	7	6	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-11 ПК-16	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Л3.2 Л3.7 Э1 Э2	2	Интерактивные методы обучения. Обучение с элементами НИРС
2.6	Современные подходы к лечению и профилактике инсульта. /Ср/	7	1,7	ПК-8 ПК-11 ПК-16	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.5 Л3.2 Л3.7 Э3	0	
Раздел 3. Частная неврология. Нейроинфекционные заболевания. Демиелинизирующие заболевания							
3.1	Инфекционные заболевания нервной системы (первичные и вторичные энцефалиты, менингиты, нейросифилис, нейробруцеллез, нейроСПИД) /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-16	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э2	0	
3.2	Менингиты у детей, серозные и гнойные Энцефалиты у детей. Нейроревматизм. Врожденный нейросифилис. Поражение нервной системы при СПИД. Нейробруцеллез. Миелит. Полиомиелит, особенности современного течения; полиомиелитоподобные заболевания. /Пр/	7	8	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-16	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э1	0	
3.3	Принципы лечения нейроинфекционных заболеваний у детей /Ср/	7	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э2	0	
3.4	Демиелинизирующие заболевания нервной системы (рассеянный склероз, лейкоэнцефалит). /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э1 Э7	0	
3.5	Демиелинизирующие заболевания нервной системы. /Пр/	7	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э1	0	

3.6	Принципы лечения демиелинизирующих заболеваний у детей /Ср/	7	2	ПК-8	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э1 Э5 Э6	0	
3.7	Гиперкинетические синдромы у детей (хорея, тики, болезнь Туретта). Неврозы и невротические реакции у детей. /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э2 Э7	0	
3.8	Гиперкинетические синдромы у детей (тики, болезнь Туретта). Неврозы и невротические реакции. /Пр/	7	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э1 Э7	0	
3.9	/КрТО/	7	0,3	ПК-6 ПК-5	Л1.6 Л2.10 Л3.7 Л3.2 Э1 Э6 Э7	0	
3.10	/Зачёт/	7	0	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-11 ПК-16	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э1 Э2 Э3	0	
	Раздел 4. Частная неврология. Перинатальная энцефалопатия. ДЦП. Эпилепсия.						
4.1	Перинатальные поражения нервной системы (гипоксические, травматические, токсико-метаболические, инфекционные). /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.7 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э2	0	
4.2	Перинатальные поражения нервной системы: гипоксические поражения мозга у новорожденных, билирубиновая энцефалопатия. Внутрочерепная родовая травма. Родовое травматическое поражение периферических нервов. /Пр/	8	3	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.7 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э2	2	Интерактивные методы обучения. Обучение с элементами НИРС
4.3	Курация и разбор больных. /Пр/	8	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.7 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э2	0	
4.4	Написание и защита истории болезни. /Ср/	8	22	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-16	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э2 Э7	0	

4.5	Детский церебральный паралич. Минимальные мозговые дисфункции. /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э2 Э7	0	
4.6	Детский церебральный паралич. Минимальная мозговая дисфункция. /Пр/	8	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.2 Л2.1 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э2 Э7	0	
4.7	Принципы лечения больных с ДЦП. /Ср/	8	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э1 Э7	0	
4.8	Эпилепсия и неэпилептические пароксизмы у детей. /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-11	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.6 Л3.7 Э4 Э6 Э7	0	
4.9	Эпилепсия у детей. Эпилептический статус. Неэпилептические пароксизмы. /Пр/	8	3	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-11	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.6 Л3.7 Э6	0	
4.10	Эпилепсия. Видео - ЭЭГ мониторинг. /Ср/	8	2	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.6 Л3.7 Э2 Э7	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 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э1 Э7	0	
5.2	Клинико-генеалогический метод. Цитогенетический метод. Методы пренатальной диагностики. /Пр/	8	2	ПК-5	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э2 Э7	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 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э1 Э7	0	
5.4	Пороки развития нервной системы (микроцефалия, краниостеноз, синингомиелия, спинно-мозговые грыжи, порэнцефалия), диагностика, принципы лечения. /Лек/	8	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э2 Э7	0	
5.5	Пороки развития нервной системы (микроцефалия, краниостеноз, синингомиелия, спинно-мозговые грыжи, порэнцефалия). /Пр/	8	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э2 Э7	0	
5.6	Хромосомные болезни (болезнь Дауна, Шерешевского-Тернера, Кляйнфельтера). Диагностика. /Лек/	8	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э2	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 ПК-11	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.1 Л3.2 Л3.7 Э2 Э7	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 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.1 Л3.2 Л3.7 Э2 Э7	2	Интерактивные методы обучения. Обучение с элементами НИРС
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 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э2 Э7	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 ПК-8	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э2 Э7	0	

5.11	Наследственные нервно-мышечные болезни (болезнь Дюшенна, плече-лопаточная форма Ландузи- Дежерина, миотоническая дистрофия, болезнь Томсона). Диагностика, лечение. Миастения. Пароксизмальная миоплегия. /Лек/	8	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э2 Э6 Э7	0	
5.12	Наследственные нервно-мышечные болезни (болезнь Дюшенна, плече-лопаточная форма Ландузи- Дежерина, миотоническая дистрофия, болезнь Томсона), пароксизмальная миоплегия. Миастения, миастенический и холинэргический кризы. /Пр/	8	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-11	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э2 Э7	0	
5.13	Нарушение обмена липидов, углеводов, аминокислот (липидозы, галактоземия, фенилкетонурия). Диагностика, лечение. Митохондриальные энцефаломиопатии. Диагностика, лечение. Факоматозы (нейрофиброматоз, туберозный склероз, атаксия- телеангиоэктазия). Пероксисомные заболевания. Диагностика. /Лек/	8	6	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э2 Э4 Э6	0	
5.14	Нарушение обмена липидов, углеводов, аминокислот (липидозы, галактоземия, фенилкетонурия). Факоматозы (нейрофиброматоз). /Пр/	8	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э1	0	
5.15	Наследственные болезни обмена. /Ср/	8	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э2 Э7	0	
5.16	Письменная работа по родословной (с защитой). /Ср/	8	2	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э2 Э7	0	
Раздел 6. Нейрохирургия							
6.1	Предмет и задачи нейрохирургии. Методы обследования нейрохирургических больных. Гидроцефалия. /Лек/	7	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-11	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э4 Э5	0	
6.2	Черепно-мозговая травма у детей (сотрясение, ушиб, сдавление). /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-11	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э4 Э5	0	

6.3	Черепно-мозговая и спинальная травма у детей. Гидроцефалия. /Пр/	8	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-11	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э4 Э5 Э7	0	
6.4	Современные методы лечения черепно-мозговой травмы. /Ср/	8	2	ПК-8	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э4 Э5	0	
6.5	Диагностика опухолей и опухолевидных образований головного и спинного мозга. Хирургическое лечение. /Лек/	7	2	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э4 Э5	0	
6.6	Опухоли головного и спинного мозга. /Пр/	8	4	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э4 Э5	0	
6.7	Дополнительные методы обследования, показания и противопоказания к проведению: 1) рентгенологические методы: краниограмма, спондилограмма; 2) нейровизуализация: КТ, МРТ, ангиография; 3) ультразвуковые методы: эхоэнцефалограмма, нейросонография, УЗИ сосудов шеи и головы - дуплексное исследование, транскраниальная доплерография; 4) электрофизиологические исследования: электроэнцефалограмма, электронейромиография. /Ср/	8	2	ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э4 Э5 Э7	0	
6.8	/КрЭж/	8	0,5	ПК-16 ПК-11 ПК-8 ПК-6 ПК-5	Л1.6 Л2.10 Л3.7 Л3.2 Э5 Э6 Э7	0	
6.9	/Экзамен/	8	17,5	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-11 ПК-16	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.6 Л2.9 Л2.10 Л3.2 Л3.7 Э4 Э5 Э7	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 ПД.

Задания для проверки уровня обученности "УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ":

1. Выяснить жалобы, собрать анамнез у больного с заболеванием нервной системы.
2. Провести исследование неврологического статуса у новорожденного и детей раннего возраста.

3. Оценить и трактовать результаты клинических и основных параклинических методов исследования.
4. На основании исследования неврологического статуса: выявить неврологические симптомы и синдромы, установить топический диагноз, поставить предварительный клинический диагноз.
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 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.
 Доклад.
 Реферат.
 Контрольная работа.
 Презентация.
 Практические навыки.
 История болезни.
 Шкалы оценивания по видам оценочных средств в Приложении №6. Шкалы оценивания.

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

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Петрухин А.С	Детская неврология : учебник	Москва: Гэотар-мед 2012
Л1.2	Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И.	Неврология и нейрохирургия: учебное пособие	Москва: ГЭОТАР-Медиа 2015
Л1.3	Одинак М. М.	Нервные болезни : учебник	М. Медицина 2014
Л1.4	Михайленко А.А.	Клиническая неврология (семиотика и топическая диагностика): учебное пособие	СПб. : Фолиант 2014
Л1.5	В.Н. Горбунова [и др.]	Клиническая генетика : учебник	СПб. : Фолиант 2015
Л1.6	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	Матвеев С.В.	Неврология.: Цикл лекций	М: МИА 2013
Л2.2	Мументалер М.	Дифференциальный диагноз в неврологии : учебное пособие	МЕДпресс-информ 2014
Л2.3	Иллариошкин С.Н., Иванова-Смоленская И.А., Маркова Е.Д.	ДНК-диагностика и медико-генетическое консультирование в неврологии.: учебник	М.: Медицинское информационное агентство 2002
Л2.4	Немкова С. А., Намазова-Баранова Л. С., Маслова О. И., Заваденко Н. Н., Холин А. А., Каркашадзе Г. А., Мамедьяров А. М., Нестеровский Ю. Е., Говорун С. В.	Детский церебральный паралич. Диагностика и коррекция когнитивных нарушений: Учебно-методическое пособие	Москва: ПедиатрЪ 2012

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.5	Баранов А. А., Намазова-Баранова Л. С., Куренков А. Л., Клочкова О. А., Каримова Х. М., Мамедъяров А. М., Жердев К. В., Кузенкова Л. М., Бурсагова Б. И.	Комплексная оценка двигательных функций у пациентов с детским церебральным параличом: Учебно-методическое пособие	Москва: ПедиатрЪ 2014
Л2.6	Баранов А. А., Намазова-Баранова Л. С., Лазуренко С. Б., Ильин А. Г., Яцык Г. В., Конова С. Р., Павлова Н. Н., Баринов М. П.	Оценка риска возникновения у новорожденных и младенцев нарушений нервно-психического развития: Методические рекомендации для педиатров	Москва: ПедиатрЪ 2016
Л2.7	Долгов А. М., Аптикеева Н. В., Рябченко А. Ю.	Перинатальные гипоксически-ишемические поражения центральной нервной системы: Учебное пособие для самостоятельной работы студентов по специальности «Педиатрия»	Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия 2013
Л2.8	Электрон. текстовые данные	Наследственные болезни. : Полный справочник	Саратов : Научная книга, 2019.
Л2.9	Мартынов Ю. С., Соков Е. Л., Ноздрюхина Н. В., Струценко А. А., Шувахина Н. А., Мартынова Ю. С., Ноздрюхина Н. В.	Практикум по неврологии: учебное пособие	Москва: Российский университет дружбы народов 2013
Л2.10	Дроздов, А. А.	Нервные болезни : учебное пособие	Саратов : Научная книга, 2019.

6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Сост.: Т.О. Мусабекова, Н.Ш. Усенова	Миастения: Учебно-методическое пособие	2012
Л3.2	/Составители: Мусабекова Т.О., Шлейфер С.Г, Андрианова Е.В., Рекаева М.И., Ибатуллин И.Ф., Рысалиева Н.Т., Хамзина А.И.	Топическая диагностика. : Учебное пособие по общей неврологии	Б: КPCУ, 2014
Л3.3	Мурзалиев А.М., Мусабекова Т.О., Шлейфер С.Г.	Диагностика и лечение острых нарушений мозгового кровообращения (госпитальный этап, острейший и острый периоды) : Учебно-методическое пособие. Дополненное.	Бишкек 2015
Л3.4	Под редакцией академика НАН профессора Мурзалиева А.М. Сост. Т.О. Мусабекова, С.Г. Шлейфер, Е.В. Андрианова	Дисциркуляторная энцефалопатия : учебное пособие по неврологии	Б: КPCУ 2013
Л3.5	Мурзалиев А.М., Мусабекова Т.О., Шлейфер С.Г.	Клиническое руководство по диагностике и лечению острых нарушений мозгового кровообращения (госпитальный этап, острейший и острый периоды) в Кыргызской Республике. : Клиническое руководство	Бишкек 2014
Л3.6	Мусабекова Т.О., Хамзина А.И.	Эпилепсия: Учебное пособие	Бишкек, Издательство КPCУ 2017

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
ЛЗ.7	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	ГУ Научный центр неврологии РАМН	http://www.neurology.ru
Э3	Научный центр по изучению инсульта	http://www.stroke-center.ru
Э4	«Нейрохирургия»	http://www.mtu-net.ru/neurosurgery
Э5	Детская нейрохирургия	http://www.childns.ru
Э6	Центр детской неврологии и эпилепсии	http://www.epileptologist.ru
Э7	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» КPCY (https://lib.krsu.kg).

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Дисциплина преподается на базе Национального госпиталя Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики (ЛПУ третичного уровня). Имеется 8 специализированных отделений, из них 4 неврологических, 2 нейрохирургических, 2 нейротравматологических, отделение экстренной медицинской помощи для нейротравматологических и нейрохирургических больных; коечный фонд – 240 коек; 4 операционных; 2 палаты интенсивной терапии; реанимационный блок. Имеется 6 стандартно оборудованных аудиторий с 90 посадочными местами, общей площадью 180 кв.м. (блок-парты, кушетки, меловые и пластиковые доски). У студентов имеется доступ к информационным стендам (3 шт.), плакатам (100шт), электронной библиотеке (30 учебников), учебным фильмам (30 шт.), базе клинического материала (МРТ, КТ, краниограмма, спондилограмма, ЭЭГ).
7.2	Кафедра оснащена мультимедийным комплексом (ноутбук, персональный компьютер, проектор).
7.3	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;
7.4	

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

ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ (Приложение №7. Технологическая карта ПД).

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ

Рекомендации при использовании материалов учебно-методического комплекса.

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.

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)

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.

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.

Рекомендации при изучении отдельных тем дисциплины.

При изучении тем №1,2 особое внимание следует обратить на схематическое изображение проводящих путей двигательной и чувствительной сфер с целью топической диагностики уровней поражения.

При изучении темы №3 следует обратить внимание на связи экстрапирамидной и мозжечковой систем, научиться выделять отдельные симптомы поражения с последующей их группировкой в синдромы.

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.

При изучении тем из раздела частной неврологии следует обратить внимание на современные подходы к диагностике и лечению неврологических заболеваний согласно МКБ и доказательной медицины.

Методические рекомендации для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по изучению дисциплины.

Изучение теоретической части дисциплины призвано не только углубить и закрепить знания, полученные на аудиторных 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 парапарез. 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. Масса головного мозга новорожденного в среднем составляет
 - 1) $1/8$ от массы тела
 - 2) $1/6$ от массы тела
 - 3) $1/4$ от массы тела
 - 4) $1/12$ от массы тела
 - 5) $1/20$ от массы тела

2. Передача нервного импульса происходит
 - 1) в синапсах
 - 2) в митохондриях
 - 3) в лизосомах
 - 4) в цитоплазме
 - 5) все ответы правильные

3. Общее количество цереброспинальной жидкости у новорожденного составляет
 - 1) 15-20 мл
 - 2) 35-40 мл
 - 3) 60-80 мл
 - 4) 80-100 мл
 - 5) 100-120 мл

4. Миелиновая оболочка нервного волокна определяет
 - 1) длину аксона и точность проведения
 - 2) скорость проведения нервного импульса
 - 3) длину аксона
 - 4) принадлежность к чувствительным проводникам
 - 5) принадлежность к двигательным проводникам

5. Нейроглия выполняет
 - 1) опорную и трофическую функцию
 - 2) опорную и секреторную функцию
 - 3) трофическую и энергетическую функцию
 - 4) только секреторную функцию
 - 5) только опорную функцию

6. Твердая мозговая оболочка участвует в образовании
 - 1) покровных костей черепа
 - 2) венозных синусов, мозгового серпа и намета мозжечка
 - 3) сосудистых сплетений
 - 4) отверстий в основании черепа
 - 5) черепных швов

7. Давление спинно-мозговой жидкости у детей школьного возраста в норме составляет
 - 1) 15-20 мм вод.ст.
 - 2) 60-80 мм вод.ст.
 - 3) 120-170 мм вод.ст.
 - 4) 180-250 мм вод.ст.
 - 5) 260-300 мм вод.ст.

8. Спинальный мозг новорожденного оканчивается на уровне нижнего края позвонка
 - 1) XII грудного
 - 2) I поясничного
 - 3) II поясничного
 - 4) III поясничного
 - 5) IV поясничного

9. При центральном пирамидном параличе не наблюдается
 - 1) гипотрофии мышц
 - 2) повышения сухожильных рефлексов
 - 3) нарушения функции тазовых органов
 - 4) нарушения электровозбудимости нервов и мышц

- 5) правильного ответа нет
10. Хореический гиперкинез возникает при поражении
- 1) палеостриатума
 - 2) неостриатума
 - 3) медиального бледного шара
 - 4) латерального бледного шара
 - 5) все ответы правильные
11. При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия
- 1) динамическая
 - 2) вестибулярная
 - 3) статическая
 - 4) сенситивная
 - 5) все ответы правильные
12. В состав лимбико-ретикулярного комплекса не входят
- 1) черное вещество
 - 2) гиппокамп
 - 3) миндалина
 - 4) мамиллярные тела
 - 5) ретикулярная формация
13. Слуховая агнозия наступает при поражении
- 1) теменной доли
 - 2) лобной доли
 - 3) затылочной доли
 - 4) височной доли
 - 5) верно 3 и 4
14. Зрительная агнозия наступает при поражении
- 1) теменной доли
 - 2) лобной доли
 - 3) затылочной доли
 - 4) височной доли
 - 5) верно 3 и 4
15. Сенситивная агнозия наступает при поражении
- 1) теменной доли
 - 2) лобной доли
 - 3) затылочной доли
 - 4) височной доли
 - 5) верно 1 и 2
16. Вкусовая агнозия наступает при поражении
- 1) теменной доли
 - 2) лобной доли
 - 3) затылочной доли
 - 4) височной доли
 - 5) верно 3 и 4
17. 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
18. При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия
- 1) биназальная
 - 2) гомонимная
 - 3) битемпоральная
 - 4) нижнеквадрантная
 - 5) верхнеквадрантная
19. Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении
- 1) зрительного тракта
 - 2) зрительного перекреста
 - 3) зрительной лучистости
 - 4) внутренней капсулы
 - 5) правильного ответа нет
20. 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
21. Больной с моторной 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
22. Больной с амнестической 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
23. Сочетание нарушения глотания и фонации, дизартрии, пареза мягкого неба, отсутствия глоточного рефлекса и тетрапареза свидетельствует о поражении
- 1) ножек мозга
 - 2) моста мозга
 - 3) продолговатого мозга
 - 4) покрышки среднего мозга
 - 5) лобной доли
24. Диссоциированные нарушения чувствительности по сегментарному типу при сирингомиелии характеризуются
- 1) выпадением глубокой при сохранности болевой
 - 2) выпадением болевой при сохранности температурной
 - 3) выпадением только болевой при сохранности глубокой
 - 4) сохранностью болевой при выпадении температурной
 - 5) сохранностью глубокой при выпадении болевой и температурной
25. Для исследования проходимости субарахноидального пространства с помощью пробы Квекенштедта следует
- 1) сильно наклонить голову больного вперед
 - 2) сдавить яремные вены
 - 3) надавить на переднюю брюшную стенку
 - 4) наклонить голову больного назад
 - 5) любой маневр удовлетворяет условиям данной пробы
26. Основным патологическим рефлексом сгибательного типа является рефлекс
- 1) Бабинского
 - 2) Оппенгейма
 - 3) Россолимо
 - 4) Гордона
 - 5) Чеддока
27. Мышечный тонус при поражении центрального двигательного нейрона:
- 1) Снижается
 - 2) Повышается по типу зубчатого колеса
 - 3) Повышается по типу складного ножа
 - 4) Не изменяется
 - 5) Дистония
28. Гипотрофия мышц характерна для поражения:
- 1) Центрального двигательного нейрона
 - 2) Периферического двигательного нейрона
 - 3) Мозжечка
 - 4) Ствола мозга
 - 5) Коры головного мозга
29. Бульбарный паралич развивается при поражении черепных нервов:
- 1) IX, X, XII
 - 2) IX, X, XI
 - 3) VIII, IX, X
 - 4) все ответы правильные
 - 5) правильного ответа нет
30. Иннервацию сфинктера зрачка осуществляет нерв:
- 1) III
 - 2) IV
 - 3) VI
 - 4) III и IV
 - 5) III и VI
31. Дисфагия возникает при поражении черепных нервов:
- 1) IX-X
 - 2) VIII
 - 3) VII
 - 4) XI
 - 5) XII

32. Поражение мозжечка приводит к нарушению движений в виде:
- 1) Пlegии
 - 2) Атаксии
 - 3) Гиперкинеза
 - 4) Тетрапареза
 - 5) Гемипареза
33. Наиболее постоянными очаговыми симптомами при эпидуральной гематоме являются
- 1) сужение зрачка на стороне гематомы
 - 2) расширение зрачка на противоположной стороне
 - 3) гемипарез на стороне гематомы
 - 4) гемипарез на противоположной стороне
 - 5) сужение зрачка на противоположной стороне
34. Характерные диагностические признаки субдуральной гематомы получают
- 1) при компьютерной томографии
 - 2) при электроэнцефалографии
 - 3) при спондилографии
 - 4) при реоэнцефалографии
 - 5) при краниографии
35. 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
36. Для спинальной опухоли экстрамедуллярной локализации характерно
- 1) корешковый синдром
 - 2) симптом ликворного толчка
 - 3) симптом вклинения
 - 4) симптом Брудзинского
 - 5) все ответы правильные
37. При субарахноидальном кровоизлиянии обязательным является
- 1) утрата сознания
 - 2) кровянистый ликвор
 - 3) смещение срединного эхо-сигнала
 - 4) контралатеральный гемипарез
 - 5) все ответы правильные
38. Эхо-энцефалоскопия наиболее информативна при локализации опухоли
- 1) в височной доле
 - 2) в задней черепной ямке
 - 3) в стволе мозга
 - 4) в затылочной доле
 - 5) все ответы правильные
39. Опухоли спинного мозга локализуются
- 1) интрамедуллярно
 - 2) экстрамедуллярно
 - 3) интрамедуллярно, субдурально
 - 4) на уровне боковых столбов
 - 5) при всех перечисленных локализациях
40. Рвота при супратенториальных опухолях рассматривается как общемозговой симптом, возникающий
- 1) вне связи с приемом пищи
 - 2) независимо от перемены положения тела
 - 3) после кратковременного ощущения тошноты
 - 4) при повышении внутричерепного давления
 - 5) все перечисленное
41. 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) правильного ответа нет
42. Антиагрегантными свойствами обладают все перечисленные препараты, кроме
- 1) ацетилсалициловой кислоты (аспирина)
 - 2) пентоксифиллина
 - 3) пирацетама
 - 4) клонидина (клофелина)

- 5) все ответы правильные
43. При паренхиматозно-субарахноидальном кровоизлиянии наблюдается
- 1) утрата сознания
 - 2) кровянистый ликвор
 - 3) смещение срединного эхо-сигнала
 - 4) контралатеральный гемипарез
 - 5) все ответы правильные
44. Для инструментальной диагностики спонтанного субарахноидального кровоизлияния необходимы данные
- 1) ангиографии
 - 2) реоэнцефалографии
 - 3) ультразвуковой доплерографии
 - 4) компьютерной томографии
 - 5) радиоизотопной скintiграфии
45. Начало при геморрагическом инсульте:
- 1) внезапное
 - 2) нарастание симптомов в течение часов
 - 3) мерцание симптомов
 - 4) нарастание симптомов в течение суток
 - 5) нарастание симптомов в течение недели
46. Для тромбоза мозговых сосудов наиболее характерно
- 1) наличие в анамнезе транзиторных ишемических атак
 - 2) наличие симптомов-предвестников
 - 3) постепенное формирование очаговой симптоматики
 - 4) малая выраженность общемозговой симптоматики
 - 5) все ответы правильные
47. Для эмболии мозговых артерий характерно все перечисленное, кроме
- 1) внезапного развития очаговой симптоматики
 - 2) отека диска зрительного нерва на стороне эмболии
 - 3) наличия общемозговой симптоматики
 - 4) наличия мерцательной аритмии
 - 5) правильного ответа нет
48. Ветвями внутренней сонной артерии являются все, кроме
- 1) средняя мозговая
 - 2) глазничная
 - 3) задняя мозговая
 - 4) передняя мозговая
 - 5) все ответы правильные
49. Основные признаки субарахноидального кровоизлияния все, кроме
- 1) общемозговые симптомы
 - 2) белково-клеточная диссоциация
 - 3) менингеальные симптомы
 - 4) кровь в ликворе
 - 5) правильного ответа нет
50. Положительные диагностические признаки субарахноидального кровоизлияния могут быть получены
- 1) при люмбальной пункции
 - 2) при ангиографии
 - 3) при электроэнцефалографии
 - 4) при реоэнцефалографии
 - 5) при краниографии
51. Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие
- 1) гомонимной гемианопсии
 - 2) битемпоральной гемианопсии
 - 3) биназальной гемианопсии
 - 4) концентрического сужения полей зрения
 - 5) амавроза
52. Причиной церебральной ишемии при остром инфаркте миокарда с нарушением ритма является
- 1) повышение вязкости крови
 - 2) повышение активности свертывающей системы
 - 3) ухудшение реологических свойств крови
 - 4) снижение системного перфузионного давления
 - 5) повышение агрегации форменных элементов крови
53. Кровоизлияние в мозг развивается, как правило:
- 1) ночью во время сна
 - 2) утром после сна
 - 3) днем в период активной деятельности
 - 4) не зависит от времени суток
 - 5) верно 1 и 2

45. К преходящим нарушениям мозгового кровообращения относятся
- 1) транзиторные ишемические атаки
 - 2) субарахноидальное кровоизлияние
 - 3) геморрагический инсульт
 - 4) малый инсульт
 - 5) ишемический инсульт
55. При отстаивании ликвора больного туберкулезным менингитом через 12-24 ч может быть обнаружена
- 1) опалесценция
 - 2) фибриновая пленка
 - 3) ксантохромия
 - 4) осадок эритроцитов в течение часов
 - 5) ликвор прозрачный
56. Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия
- 1) мозжечковая
 - 2) сенситивная
 - 3) вестибулярная
 - 4) корковая
 - 5) все ответы правильные
57. 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 бугра
58. Поражение конского хвоста спинного мозга характеризуется
- 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) нарушением глубокой чувствительности проксимальных отделов ног и задержкой мочи
 - 5) Спастическим парапарезом ног без расстройств чувствительности и нарушения функции тазовых органов
59. Замыкание дуги рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы плеча происходит на уровне следующих сегментов спинного мозга
- 1) C₃-C₄
 - 2) C₅-C₆
 - 3) C₇-C₈
 - 4) C₈-T₁
 - 5) Th₁-Th₂
60. Полушарный парез взора (больной смотрит на очаг поражения) связан с поражением
- 1) лобной доли
 - 2) височной доли
 - 3) теменной доли
 - 4) затылочной доли
 - 5) мозжечка
61. 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
62. Для вызывания нижнего менингеального симптома Брудзинского
- 1) сгибают голову больного вперед
 - 2) надавливают на область лонного сочленения
 - 3) выпрямляют согнутую под прямым углом в коленном и тазобедренном суставах ногу больного
 - 4) сдавливают четырехглавую мышцу бедра
 - 5) постукивают по скуловой дуге
63. Для вызывания среднего менингеального симптома Брудзинского
- 1) сгибают голову больного вперед
 - 2) надавливают на область лонного сочленения
 - 3) выпрямляют согнутую под прямым углом в коленном и тазобедренном суставах ногу больного
 - 4) сдавливают четырехглавую мышцу бедра
 - 5) постукивают по скуловой дуге
64. Для вызывания верхнего менингеального симптома Брудзинского
- 1) сгибают голову больного вперед
 - 2) надавливают на область лонного сочленения
 - 3) выпрямляют согнутую под прямым углом в коленном и тазобедренном суставах ногу больного
 - 4) сдавливают четырехглавую мышцу бедра
 - 5) постукивают по скуловой дуге

65. Патологические рефлексы характерны для поражения:
- 1) Периферического двигательного нейрона
 - 2) Центрального двигательного нейрона
 - 3) Мозжечка
 - 4) Подкорковых ядер
 - 5) Гипоталамуса
66. Мышечный тонус при поражении мозжечка:
- 1) Не изменяется
 - 2) Понижается
 - 3) Дистоничен
 - 4) Повышается по типу зубчатого колеса
 - 5) Повышается по типу складного ножа
67. Темп активных движений при поражении паллидо-нигральной системы:
- 1) Замедляется
 - 2) Ускоряется
 - 3) Появляются гиперкинезы
 - 4) Не изменяется
 - 5) Активных движений нет
68. Почерк у больного с поражением паллидо-нигральной системы:
- 1) Микрография
 - 2) Макрография
 - 3) Не изменяется
 - 4) Неровный
 - 5) Аграфия
69. При поражении левой лобной доли возникает афазия:
- 1) Моторная
 - 2) Сенсорная
 - 3) Амнестическая
 - 4) Семантическая
 - 5) Мутизм
70. При поражении левой височной доли возникает афазия:
- 1) Моторная
 - 2) Сенсорная
 - 3) Амнестическая
 - 4) Семантическая
 - 5) Мутизм
71. При поражении промежуточного мозга возникают:
- 1) Нарушения сна
 - 2) Боли
 - 3) Нарушения чувствительности
 - 4) Гиперкинезы
 - 5) Нарушение сознания
72. При поражении гипоталамуса возникают:
- 1) Вегетативные пароксизмы
 - 2) Сегментарные вегетативные нарушения
 - 3) Нарушения чувствительности
 - 4) Спастические парезы
 - 5) Гиперкинезы
73. Для поражения солнечного сплетения характерно:
- 1) Боли в области пупка
 - 2) Полиурия
 - 3) Мидриаз
 - 4) Миоз
 - 5) Все ответы правильные
74. О повышении тонуса парасимпатической нервной системы свидетельствуют симптомы:
- 1) миоз
 - 2) мидриаз
 - 3) тахикардия
 - 4) артериальная гипертензия
 - 5) бледность кожных покровов
75. О повышении тонуса симпатической нервной системы свидетельствуют симптомы:
- 1) миоз
 - 2) мидриаз
 - 3) брадикардия
 - 4) артериальная гипотония

- 5)склонность к гиперемии кожи
76. Для синдрома вегетативной дистонии характерно:
- 1) Синдром несахарного мочеизнурения
 - 2) Центральные парезы
 - 3) Периферические парезы
 - 4) Разлитой дермографизм
 - 5) Нарушение поверхностной чувствительности
77. Для поражения гипоталамуса характерны синдромы:
- 1) нейро-эндокринно-обменный
 - 2) вегетативно-сосудистый
 - 3) вегетативно-висцеральный
 - 4) нарушение терморегуляции
 - 5) все ответы верные
78. Для синдрома вегетативной дистонии характерно:
- 1) Синдром несахарного мочеизнурения
 - 2) Центральные парезы
 - 3) Периферические парезы
 - 4) Дистальный гипергидроз
 - 5) Нарушение глубокой чувствительности
79. К сегментарному отделу вегетативной нервной системы относятся:
- 1) Боковые рога спинного мозга
 - 2) Гипоталамус
 - 3) Лимбическая система
 - 4) Ретикулярная формация
 - 5) Все ответы верные
80. К сегментарному отделу вегетативной нервной системы относятся:
- 1) Гипоталамус
 - 2) Лимбическая система
 - 3) Ретикулярная формация
 - 4) Вегетативные ядра ствола мозга
 - 5) Все ответы верные
81. 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
82. К надсегментарному отделу нервной системы относятся:
- 1) Боковые рога спинного мозга
 - 2) Пограничный симпатический ствол
 - 3) Вегетативные ядра ствола мозга
 - 4) Ретикулярная формация
 - 5) Все ответы верные
83. При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы
- 1) верхней прямой
 - 2) наружной прямой
 - 3) нижней прямой
 - 4) нижней косой
 - 5) правильного ответа нет
84. На ангиографии отмечаются бессосудистые зоны при следующих заболеваниях:
- 1) гидроцефалии
 - 2) ушибах мозга
 - 3) опухолях мозга
 - 4) внутримозговой гематоме
 - 5) сотрясении мозга
85. Электромиография показана при:
- 1) субарахноидальном кровоизлиянии
 - 2) эпилепсии
 - 3) черепно-мозговой травме
 - 4) полинейропатии
 - 5) опухоли мозга
86. 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
87. 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) все ответы правильные
88. Для диагностики посттравматической ринореи в отделяемом из носа необходимо исследовать
- 1) белок
 - 2) цитоз
 - 3) сахар
 - 4) натрий
 - 5) хлориды
89. 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) спастический паралич и анестезия в зоне иннервации поврежденного нерва
 - 5) все перечисленное
90. Развитие при черепно-мозговой травме гемипареза свидетельствует
- 1) о сотрясении головного мозга
 - 2) об ушибе мозга
 - 3) внутрижелудочковом кровоизлиянии
 - 4) о внутричерепной гипертензии
 - 5) о диффузном аксональном повреждении мозга
91. Для опухоли височной доли доминантного полушария характерна
- 1) моторная, сенсорная афазия
 - 2) сенсорная, амнестическая афазия
 - 3) моторная, семантическая афазия
 - 4) сенсорная афазия, аутогнозия
 - 5) моторная афазия, аутогнозия
92. Этиологические факторы ишемического инсульта:
- 1) гипертоническая болезнь
 - 2) атеросклероз
 - 3) нарушения сердечного ритма
 - 4) системные васкулиты
 - 5) все вышеперечисленные
93. К геморрагическому инсультам относятся:
- 1) тромботические инсульты
 - 2) parenхиматозные кровоизлияния
 - 3) эмболические инсульты
 - 4) гемодинамические инсульты
 - 5) все ответы правильные
94. Кровоизлияние в мозг развивается в результате:
- 1) разрыва аневризмы
 - 2) тромбоза
 - 3) спазма сосуда
 - 4) васкулита
 - 5) все ответы правильные
95. Симптомы, характерные для субарахноидального кровоизлияния:
- 1) внезапная головная боль
 - 2) головокружение
 - 3) постепенное нарастание симптомов
 - 4) поражение черепно-мозговых нервов
 - 5) все ответы правильные
96. Для ишемического неэмболического инсульта характерно начало:
- 1) острейшее
 - 2) постепенное
 - 3) днем
 - 4) после психо-эмоционального напряжения
 - 5) правильного ответа нет
97. Общемозговой симптом, характерный для ишемического инсульта:
- 1) головная боль
 - 2) гемипарез
 - 3) преходящие нарушения зрения

- 4) быстрое развитие комы
5) правильного ответа нет
98. Наиболее информативные диагностические методы обследования при ишемическом инсульте:
- 1) электроэнцефалография
 - 2) ангиография мозговых сосудов
 - 3) эхо-энцефалоскопия
 - 4) магнитно-резонансная томография
 - 5) правильно 2 и 4
99. Для лечения ишемического тромботического инсульта применяются:
- 1) антикоагулянты прямого действия
 - 2) антиагреганты
 - 3) нейротекторы
 - 4) верно 1, 2, 3
 - 5) верно 1 и 2
100. Очаговые симптомы, характерные для тромбоза правой средней мозговой артерии:
- 1) сенсорная афазия
 - 2) левосторонний центральный гемипарез
 - 3) нарушения глотания
 - 4) правосторонняя гемигипестезия
 - 5) рвота
101. В норме учащение пульса при исследовании вегетативных рефлексов вызывает проба
- 1) Ашнера (глазосердечный рефлекс)
 - 2) клино-ортостатическая
 - 3) ортостатическая
 - 4) шейно-сердечная (синокаротидный рефлекс)
 - 5) Стукеея
102. Компьютерная томография головного мозга противопоказана в случае, если
- 1) у больного с инсультом диагностирован инфаркт миокарда
 - 2) у больного с черепно-мозговой травмой появились признаки поражения ствола
 - 3) у больного с опухолью задней черепной ямки появился синдром Гертвига – Мажанди
 - 4) верно все перечисленное
 - 5) ничего из перечисленного
103. Для выявления патологических процессов в задней черепной ямке целесообразно применить
- 1) компьютерную томографию
 - 2) эхо-энцефалоскопию
 - 3) магнитно-резонансную томографию
 - 4) ангиографию
 - 5) все методы одинаково информативны
104. При полной блокаде субарахноидального пространства на грудном уровне нарастание ликворного давления отмечается при пробе
- 1) Квеккенштедта
 - 2) Стукеея
 - 3) Пуссепе
 - 4) Барре
 - 5) Ашнера
105. Компьютерная томография позволяет диагностировать гиперденсивные участки геморрагических экстравазатов при субарахноидальном кровоизлиянии в мозг спустя
- 1) 1 ч от начала кровоизлияния
 - 2) 3 ч от начала кровоизлияния
 - 3) 6 ч от начала кровоизлияния
 - 4) 12 ч от начала кровоизлияния
 - 5) 24 ч от начала кровоизлияния
106. 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) кровоизлияние в опухоль мозга
107. Спондилография не информативна при локализации спинальной опухоли
- 1) интрамедуллярно
 - 2) субдурально
 - 3) эпидурально
 - 4) эпидурально-экстравертебрально
 - 5) все ответы неверные
108. Парез диафрагмы, центральная тетраплегия характерны для поражения спинного мозга на уровне
- 1) шейного утолщения
 - 2) верхнегрудного отдела
 - 3) верхнешейного отдела
 - 4) поясничного утолщения
 - 5) нижнегрудного отдела

109. Синдром верхней глазничной щели включает поражение черепных нервов
- 1) 3 пары
 - 2) 4 и 6 пар
 - 3) 3,4 и 6 пар
 - 4) 3,4 6 и 1 ветви 5 пары
 - 5) 2, 3, 4, 5 и 6 пар
110. 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
111. К концентрическому сужению полей зрения приводит неполное сдавление
- 1) зрительного тракта
 - 2) зрительного перекреста
 - 3) наружного коленчатого тела
 - 4) зрительной лучистости
 - 5) зрительного нерва
112. Признак поражения внутренней капсулы:
- 1) Гемипарез на стороне очага
 - 2) Гемипарез на противоположной стороне
 - 3) Моноплегия
 - 4) Парапарез
 - 5) Атаксия
113. Признак поражения внутренней капсулы:
- 1) Гемипарез на стороне очага
 - 2) Моноплегия
 - 3) Гемипарез на стороне очага
 - 4) Гемипарез на противоположной стороне
 - 5) Атаксия
114. Признак поражения внутренней капсулы:
- 1) Гемипарез на стороне очага
 - 2) Гемипарез на стороне очага
 - 3) Гомонимная гемианопсия
 - 4) Гетеронимная гемианопсия
 - 5) Атаксия
115. Какое расстройство речи возникает при поражении мозжечка?
- 1) Скандированная речь
 - 2) Аффония
 - 3) Монотонная речь
 - 4) Амнестическая афазия
 - 5) Эхолалия.
116. Для поражения глазодвигательного нерва не характерно:
- 1) расходящееся косоглазие
 - 2) сходящееся косоглазие
 - 3) мидриаз
 - 4) птоз
 - 5) нарушение конвергенции
117. Для поражения лицевого нерва характерно:
- 1) боль на стороне очага
 - 2) нарушение чувствительности по сегментарному типу
 - 3) нарушение жевания
 - 4) дисфагия
 - 5) сглаженность носогубной складки
118. Для полиневритического типа нарушения чувствительности характерно:
- 1) расстройство чувствительности в зоне иннервации нерва
 - 2) гипестезия в дистальных отделах конечностей
 - 3) гемигипестезия
 - 4) фантомные боли
 - 5) диссоциированный тип расстройства чувствительности
119. Для поражения лобной доли не характерно:
- 1) моторная афазия
 - 2) сенсорная афазия
 - 3) дурашливость, неопрятность
 - 4) симптомы орального автоматизма
 - 5) атаксия

120. Для проводникового типа нарушения чувствительности характерно:
- 1) выпадение поверхностной чувствительности при сохранности глубокой
 - 2) выпадение глубокой чувствительности при сохранности поверхностной
 - 3) выпадение всех видов чувствительности ниже уровня поражения спинного мозга
 - 4) выпадение всех видов чувствительности в дистальных отделах конечностей
 - 5) выпадение всех видов чувствительности в проксимальных отделах конечностей

121. Для поражения задних корешков спинного мозга характерно:

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

122. Для поражения ствола мозга характерно:

1. синдром Броуна-Секара
2. афазия
3. зрительная агнозия
4. альтернирующий синдром
5. гиперкинезы

123. 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

124. 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

125. Для поражения отводящего нерва характерно:

1. расходящееся косоглазие
2. сходящееся косоглазие
3. птоз
4. миоз
5. мидриаз

126. При поражении тройничного нерва бывает:

1. нарушение глотания
2. парез мимических мышц
3. мидриаз
4. нарушение жевания
5. правильного ответа нет

127. Для поражения тройничного нерва характерно:

1. парез мимических мышц
2. нарушение глотания
3. ринолалия
4. нарушение чувствительности по скобкам (зонам) Зельдера
5. все ответы правильные

128. Перечислите мышцы, иннервируемые лицевым нервом:

1. мышцы глотки.
2. мышцы гортани.
3. мышцы языка.
4. жевательные мышцы.
5. мимические мышцы.

129. К симптомам раздражения зрительной коры относятся следующие симптомы, кроме:

1. макропсия.
2. микропсия.
3. метаморфопсия.
4. амавроз.
5. фотопсии.

130. 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.
131. С участием, каких черепно-мозговых нервов протекают некоторые формы головных болей и парестезии в области лица?
1. лицевого.
 2. обонятельного.
 3. блокового.
 4. тройничного.
 5. зрительного.
132. Сенситивная атаксия возникает при поражении:
1. при поражении передних корешков.
 2. при поражении задних корешков.
 3. боковых столбов.
 4. задних столбов.
 5. периферических нервов.
133. Для поражения передних корешков спинного мозга характерно:
1. спастическая нижняя параплегия.
 2. центральная тетраплегия.
 3. периферические параличи.
 4. смешанные параличи.
 5. гемипарезы.
134. К методам исследований вегетативной нервной системы относится все, кроме:
1. проба Ашнера.
 2. ортостатическая проба.
 3. дермографизм.
 4. измерение артериального давления и температуры тела.
 5. проба Квеккенштедта.
135. 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
136. Для внутричерепной гипертензии не характерно:
1. диффузная распирающая головная боль
 2. рвота, не приносящая облегчения
 3. гемианопсия
 4. отек дисков зрительных нервов
 5. головокружение
137. Для синдрома Фовилля типично:
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
138. К альтернирующим синдромам относятся:
1. синдром Горнера
 2. синдром Броуна-Секара
 3. Арнольда-Киари
 4. Вебера
 5. Аргайл-Робертсона
139. 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
140. 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
141. 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
142. Хореический гиперкинез возникает при поражении:
1. стриарной системы
 2. красного ядра
 3. бледного шара
 4. передней центральной извилины
 5. паллидарной системы
143. Для паркинсонизма характерен синдром:
1. акинетико-ригидный
 2. вестибулярный
 3. пирамидный
 4. вестибуло-мозжечковый
 5. гипотонически-гиперкинетический
144. Астереогноз обусловлен поражением :
1. лобной доли
 2. височной доли
 3. теменной доли
 4. затылочной доли
 5. мозжечка
145. 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
146. В состав паллидарной системы не входят:
1. красное ядро
 2. черная субстанция
 3. люисово тело
 4. хвостатое ядро
 5. бледный шар
147. Поражение стриарной системы характеризуется:
1. атаксией
 2. появлением гиперкинезов
 3. гемипарезом
 4. синдромом паркинсонизма
 5. судорожными припадками
148. Поражение паллидарной системы характеризуется:
1. атаксией
 2. появлением гиперкинезов
 3. гемипарезом
 4. синдромом паркинсонизма
 5. судорожным припадками
149. Для бульбарного синдрома не характерно:
1. атрофия мышц языка
 2. дисфагия
 3. дизартрия
 4. дисфония
 5. повышение глоточного рефлекса
150. К чувствительным проводникам относится:
1. пирамидный путь
 2. спиноталамический путь
 3. руброспинальный путь
 4. вестибулоспинальный путь
 5. оливоспинальный путь
151. В задних столбах спинного мозга проходят:
1. спиноталамический путь
 2. пирамидный путь
 3. руброспинальный путь
 4. пути Голля и Бурдаха

5. вестибулоспинальный путь
152. В боковых столбах спинного мозга проходят:
 1. спиноталамический путь
 2. оливоспинальный путь
 3. руброспинальный путь
 4. пути Голля и Бурдаха
 5. вестибулоспинальный путь
153. В боковых столбах спинного мозга проходят:
 1. оливоспинальный путь
 2. руброспинальный путь
 3. пути Голля и Бурдаха
 4. вестибулоспинальный путь
 5. пирамидный путь
154. Нарушения функции тазовых органов по центральному типу возникают при поражении:
 1. задних столбов спинного мозга
 2. пирамидного пути с 1 стороны
 3. пирамидного пути с 2 сторон
 4. тазовых спинальных центров
 5. спино-таламического пути с 2 сторон
155. Вегетативными структурами спинного мозга являются:
 1. передние рога
 2. боковые рога
 3. задние рога
 4. передняя серая спайка
 5. задние столбы
156. При поражении мозжечка не встречается:
 1. мышечная гипотония
 2. миоклонии
 3. скандированная речь
 4. интенционный тремор
 5. атаксия
157. 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. проверить обратный счет
158. При повреждении внутренних участков перекреста зрительных нервов выявляют изменения полей зрения:
 1. одностороннюю гомонимную гемианопсию
 2. нижнеквадрантную гемианопсию
 3. верхнеквадрантную гемианопсию
 4. битемпоральную гемианопсию
 5. биназальную гемианопсию
159. Какой метод исследования наиболее информативен в острой стадии черепно-мозговой травмы?
 1. КТ
 2. МРТ
 3. ангиография
 4. позитронно-эмиссионная томография
 5. исследование глазного дна
160. Люмбальную пункцию проводят между остистыми отростками позвонков:
 1. Th12 - L1
 2. L1 – L2
 3. L2 –L3
 4. L3- L4
 5. все ответы правильные.
161. Для диагностики сосудистых мальформаций головного мозга применяют:
 1. рентгенографию черепа
 2. ультразвуковую доплерографию
 3. электроэнцефалографию
 4. ангиографию
 5. реоэнцефалографию
162. Абсолютным ЭЭГ-признаком эпилепсии является:
 1. альфа – ритм
 2. бета- ритм
 3. дельта-волны
 4. комплексы острая-медленная волна
 5. медленно-волновая активность

163. Появлению эпилептической активности на ЭЭГ способствует:
1. ритмическая фотостимуляция
 2. ритмическая фоностимуляция
 3. гипервентиляция
 4. все ответы правильные
 5. все ответы неправильные
164. Какие из симптомов характерны для опухоли лобной доли мозга:
1. Обонятельные галлюцинации.
 2. Моторная афазия.
 3. Чувствительные нарушения.
 4. Фотопсии.
 5. Гемианопсия.
165. 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. задних рогов.
166. Симптом Лассега характерен для:
1. пояснично-крестцового радикулита.
 2. межреберной невралгии.
 3. шейно-плечевого радикулита.
 4. геморрагического инсульта.
 5. паралича лицевого нерва.
167. У большого парциальный приступ начинается с чувства покалывания в левой стопе, с переходом парестезий на левые голень и бедро. Где очаг поражения?
1. верхние отделы теменной доли слева.
 2. верхние отделы теменной доли справа.
 3. нижние отделы теменной доли справа.
 4. нижние отделы теменной доли слева.
 5. височная доля справа.
168. Для псевдобульбарного паралича характерно все, кроме:
1. насильственный смех и плач.
 2. симптомы орального автоматизма.
 3. дисфагия.
 4. высокий глоточный рефлекс.
 5. нарушение дыхания.
169. Для бульбарного синдрома характерно все, кроме:
1. нарушение дыхания.
 2. атрофии и фибриляции языка.
 3. отсутствие глоточного рефлекса.
 4. поперхивание.
 5. симптомы орального автоматизма.
170. Птоз развивается при поражении:
1. 1 пары ЧМН.
 2. 2 пары ЧМН.
 3. 3 пары ЧМН.
 4. 4 пары ЧМН.
 5. 5 пары ЧМН.
171. Для поражения плечевого сплетения слева характерно:
1. тетрапарез.
 2. гипотрофия руки.
 3. периферический парез левой руки.
 4. вегетативные расстройства руки.
 5. периферический парез правой руки.
172. 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.
173. Легкий парез можно выявить с помощью пробы:
1. Переза.
 2. Квеккенштедта.
 3. Стукея.

4. Барре.
 5. Ромберга
174. 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.
175. 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.
176. Синдром Броун-Секара составляют следующие симптомы, кроме:
1. центральный паралич на контрлатеральной стороне.
 2. выпадение глубокой чувствительности на стороне поражения.
 3. центральный паралич на стороне поражения.
 4. выпадение болевой чувствительности на противоположной от очага стороне.
 5. выпадение температурной чувствительности на противоположной от очага стороне.
177. Для полного поражения поперечника спинного мозга в верхних шейных сегментах C1-C4 не характерно:
1. вялая тетраплегия.
 2. проводниковые расстройства всех видов чувствительности.
 3. задержка мочи.
 4. наличие патологических симптомов.
 5. задержка стула.
178. Какие симптомы не характерны для поражения грудного отдела спинного мозга:
1. нижняя спастическая параплегия.
 2. проводниковые расстройства всех видов чувствительности.
 3. задержка мочи.
 4. нижняя вялая параплегия.
 5. парез межреберных мышц.
179. Для поражения корешков конского хвоста не характерно:
1. жестокие корешковые боли.
 2. периферический паралич ног.
 3. недержание кала.
 4. недержание мочи.
 5. патологические рефлекссы.
180. При поражении области Брока возникают:
1. моторная афазия.
 2. сенсорная афазия.
 3. амнезия.
 4. парестезия.
 5. мышечная ригидность.
181. При поражении области Вернике возникают:
1. моторная афазия.
 2. сенсорная афазия.
 3. амнезия.
 4. парестезия.
 5. мышечная ригидность.
182. Какие симптомы характерны для поражения передних рогов спинного мозга:
1. анестезия.
 2. мышечная атрофия.
 3. судороги.
 4. появление патологических рефлекссов.
 5. гипертонус мышц.
183. Характерным для поражения задних рогов спинного мозга является:
1. мышечная атрофия.
 2. диссоциированное выпадение болевой и температурной чувствительности.
 3. проводниковые нарушения чувствительности.
 4. арефлексия.

5. фибрилляция мышц.
184. Для поражения боковых рогов спинного мозга характерно:
 1. вазомоторные и трофические нарушения.
 2. патологические рефлексы.
 3. координаторные нарушения.
 4. арефлексия.
 5. мышечная гипотония.
185. Для поражения задних столбов характерно:
 1. патологические рефлексы.
 2. сенситивная атаксия
 3. нарушение температурной чувствительности.
 4. мозжечковая атаксия.
 5. задержка мочи.
186. Полное поперечное поражение спинного мозга на уровне D₁₀-D₁₂ клинически сопровождается следующими симптомами:
 1. периферический паралич рук, центральный паралич ног.
 2. периферический паралич рук, центральный паралич ног, задержка мочи.
 3. центральный паралич ног, задержка мочи.
 4. периферический паралич ног, недержание мочи.
 5. спастическая тетраплегия.
187. К общемозговым симптомам относятся:
 1. рвота, тошнота, головная боль.
 2. гемипарезы.
 3. фебрильная температура, головная боль.
 4. ригидность мышц шеи.
 5. джексоновские припадки.
188. Какие из параклинических методов наиболее значимы для диагностики опухолей головного мозга:
 1. электроэнцефалография
 2. магнитно-резонансная томография
 3. люмбальная пункция.
 4. Эхо-энцефалоскопия
 5. R-грамма черепа.
189. К поражению левой теменной доли относятся:
 1. правосторонний гемипарез.
 2. патологические рефлексы справа.
 3. гипотрофия мышц правых конечностей.
 4. гемианестезия слева.
 5. гемианестезия справа.
190. Нарушения чувствительности по проводниковому типу, центральная тетраплегия характерна для поражения спинного мозга на уровне?
 1. D5-D12.
 2. Конский хвост.
 3. C1-C4.
 4. D2-D7.
 5. L1-L2.
191. 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.
192. Методом диагностики эпилепсии является:
 1. компьютерная томография
 2. эхо-энцефалоскопия
 3. ангиография.
 4. электроэнцефалография
 5. УЗИ головного мозга.
193. Снижение мышечного тонуса наблюдается при поражении:
 1. таламуса.
 2. мозжечка.
 3. затылочной доли.
 4. височной доли.
 5. внутренней капсулы.
194. К менингеальным симптомам не относятся:
 1. симптом Брудзинского.
 2. ригидность затылочных мышц.
 3. симптом Лессаже.
 4. симптом Кернига.
 5. симптом Нери.

Частная неврология

195. Акушерский парез типа Дюшенна-Эрба характеризуется
- 1) парезом дистального отдела ноги
 - 2) периферическим парезом ног
 - 3) центральным монопарезом руки
 - 4) периферическим парезом проксимального отдела руки
 - 5) периферическим парезом дистального отдела руки
196. Акушерский парез типа Дежерин-Клюмпке характеризуется
- 1) центральным монопарезом ноги
 - 2) центральным парезом руки
 - 3) периферическим парезом дистального отдела руки
 - 4) периферическим парезом проксимального отдела руки
 - 5) периферическим парезом дистального отдела ноги
197. Для полинейропатии не характерны симптомы:
1. Проводниковые расстройства чувствительности
 2. Болезненность нервных стволов при пальпации
 3. Периферические расстройства чувствительности
 4. Дистальные периферические парезы конечностей
 5. Вегетативно-трофические расстройства на кистях и стопах
198. Основные этиологические факторы полинейропатии:
1. Токсические
 2. Инфекционно-аллергические
 3. Дисметаболические (эндокринные)
 4. При генетических ферментных дефектах
 5. Все перечисленное
199. 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
200. К демиелинизирующим заболеваниям относится полинейропатия:
1. Гийена-Барре
 2. Диабетическая
 3. Порфирийная
 4. Гипотиреодная
 5. Все ответа правильные
201. 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.
202. При полинейропатиях развивается все, кроме:
1. гипо- или арефлексия.
 2. гиперрефлексия.
 3. поражение черепных нервов.
 4. чувствительные нарушения.
 5. вегетативные нарушения.
203. Причиной инсульта у детей является
- 1) аномалия развития сосудов головного мозга
 - 2) стойкая артериальная гипертензия
 - 3) болезни крови
 - 4) ревматизм
 - 5) все перечисленное
204. Большие размеры головы (макроцефалию) можно считать патологией при несоответствии возрастным показателям
- 1) на 1 см
 - 2) на 2 см
 - 3) на 3 см
 - 4) на 4 см
 - 5) свыше двух среднеквадратичных отклонений
205. Родовая травма спинного мозга возникает вследствие
- 1) хронической гипоксии
 - 2) острой асфиксии
 - 3) механического повреждения
 - 4) нейроинфекции
 - 5) метаболических нарушений

206. Длительный «светлый промежуток» наиболее типичен для внутримозгового кровоизлияния
- 1) субарахноидального
 - 2) желудочкового
 - 3) мелкоочечного паренхиматозного
 - 4) эпидуральной гематомы
 - 5) субдуральной гематомы
207. Отмена противоэpileптической 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 нормальной ЭЭГ
 - 5) через 5 лет после клинической ремиссии
208. Постоянная противоэpileптическая терапия назначается
- 1) после первого судорожного приступа
 - 2) при фебрильных судорогах
 - 3) после установления диагноза эpileпсии
 - 4) при подозрении на эpileпсию
 - 5) при семейном анамнезе по эpileпсии
209. Этиологическими факторами идиопатической эpileпсии является
- 1) генная мутация
 - 2) родовая травма
 - 3) гемолитическая болезнь новорожденных
 - 4) черепно-мозговая травма
 - 5) нарушение электролитного баланса
210. К генерализованным эpileптическим приступам относятся
- 1) джексоновские
 - 2) вегетативно-висцеральные
 - 3) соматосенсорные
 - 4) с нарушением психических функций
 - 5) абсансы
211. К противосудорожным препаратам не относятся:
- 1) фенобарбитал
 - 2) бензонал
 - 3) допамин
 - 4) финлепсин
 - 5) дифенин
212. При введении оксибутирата натрия существует опасность:
- 1) гипертонического криза
 - 2) снижения АД
 - 3) угнетение дыхания
 - 4) желудочно-кишечные расстройства
 - 5) нарушения ритма сердца
213. Для простых абсансов характерно:
- 1) падение больного
 - 2) клонические подергивания конечностей
 - 3) замирания
 - 4) отключение сознания длительные
 - 5) непроизвольное мочеиспускание
214. Для инфантильных спазмов (синдром Веста) типично:
- 1) генерализованные тонико-клонические припадки
 - 2) атипичные абсансы с «поклонами»
 - 3) однократный приступ
 - 4) нормальное психомоторное развитие
 - 5) нормальная ЭЭГ
215. Миоклонические припадки – это:
- 1) кратковременные отключения сознания
 - 2) односторонние клонические подергивания
 - 3) внезапное снижение мышечного тонуса
 - 4) внезапные кратковременные непроизвольные мышечные сокращения
 - 5) генерализованные клонические подергивания
216. У ребенка периодически возникал отсутствующий взгляд, в это время не реагировал на окружающих, падений и судорог не было. Назовите тип припадка:
1. генерализованный тонический
 2. атонический
 3. джексоновский
 4. абсанс
 5. миоклонический.
217. У ребенка появились подергивания левой кисти с быстрым распространением на всю руку, а затем на всю левую половину туловища. Назовите тип припадка.
1. генерализованный тонический

2. атонический
 3. джексоновский
 4. абсанс
 5. миоклонический.
218. 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.
219. У ребенка 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.
220. У ребенка 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.
221. 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
222. В основе патогенеза вторичных энцефалитов лежит
- 1) сосудистая реакция
 - 2) взаимодействие вируса и нейрона
 - 3) региональный отек
 - 4) циркуляторная гипоксия
 - 5) инфекционно-аллергический процесс
223. 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
224. Наиболее характерным для острой стадии эпидемического энцефалита является синдром
1. атаксический
 2. гиперкинетический
 3. гиперсомнически-офтальмоплегический
 4. судорожный
 5. коматозный
225. Клещевой энцефалит
1. имеет осеннюю сезонность
 2. имеет осенне-зимнюю сезонность
 3. имеет летнюю сезонность
 4. имеет весенне-летнюю сезонность
 5. не имеет сезонности
226. Наиболее реактогенным в АКДС - вакцине является
- 1) взвесь убитых коклюшных микробов
 - 2) столбнячный анатоксин
 - 3) дифтерийный анатоксин
 - 4) дифтерийный и столбнячный анатоксины
 - 5) сочетание всех компонентов
227. Энцефалиты прививочные обычно возникают
- 1) в день прививки
 - 2) на 2-7-й день
 - 3) спустя 10 дней
 - 4) на 12-14-й день
 - 5) через 1 месяц
228. Неврологическая симптоматика при АКДС - энцефалите характеризуется
1. судорогами, делирием
 2. менингеальным синдромом

3. гиперкинезом
 4. окклюзионным синдромом
 5. поражением отдельных черепных нервов
229. Первичные серозные менингиты вызываются
- 1) микробами
 - 2) вирусами
 - 3) простейшими
 - 4) грибами
 - 5) этиология неизвестна
230. Наиболее часто гнойный менингит вызывается
- 1) стафилококком
 - 2) гемофильной палочкой
 - 3) стрептококком и клебсиеллой
 - 4) менингококком и пневмококком
 - 5) пневмококком и синегнойной палочкой
230. К жизненно опасным поражениям при менингококцемии относится
- 1) инфекционно-токсический шок
 - 2) отек головного мозга
 - 3) острая надпочечниковая недостаточность
 - 4) анурия
 - 5) внутричерепная гипертензия
231. Источником инфекции при полиомиелите являются
- 1) только больной
 - 2) больной или вирусоноситель
 - 3) мелкие грызуны, заражающие продукты питания
 - 4) коровы, овцы
 - 5) домашние животные
232. При полиомиелите поражаются
- 1) центральные и периферические двигательные нейроны
 - 2) периферические двигательные и чувствительные нейроны
 - 3) сегментарный аппарат спинного мозга
 - 4) центральные двигательные нейроны
 - 5) периферические двигательные нейроны
233. Наиболее стойким синдром при хорее является
- 1) гиперкинез
 - 2) расстройство координации
 - 3) психомоторное возбуждение
 - 4) дизартрия
 - 5) мышечный гипертонус
234. Для купирования эпилептического статуса применяются
- 1) диазепам
 - 2) натрия оксипропионат
 - 3) гексенал, тиопентал натрия,
 - 4) все перечисленное
 - 5) ничего из перечисленного
235. При фебрильных судорогах наиболее часто наблюдаются
- 1) сложные парциальные припадки
 - 2) генерализованные тонико-клонические припадки
 - 3) абсансы
 - 4) фокальные моторные припадки
 - 5) фокальные сенсорные припадки
236. Фебрильные судороги характеризуются
- 1) задержкой психического развития
 - 2) наличием изменений в неврологическом статусе
 - 3) дебютом в 1-3 года
 - 4) фокальным компонентом в структуре приступа
 - 5) наличием на ЭЭГ стойкого регионарного замедления
237. Для офтальмической мигрени характерно
- 1) фотопсии
 - 2) мерцающие скотомы
 - 3) гемианопсия
 - 4) все перечисленное
 - 5) ничего из перечисленного
238. Для клинической картины мигрени характерны симптомы:
1. наследственный характер
 2. односторонность
 3. пульсирующие боли
 4. все ответы правильные
 5. все ответы неправильные

239. Для классической мигрени не свойственно:
1. светобоязнь
 2. гемикрания
 3. тошнота и рвота
 4. отсутствие наследственного фактора
 5. периодичность возникновения.
240. 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.
241. Для нейропатии лицевого нерва типично
- 1) птоз
 - 2) гипестезия половины лица
 - 3) парез мимической мускулатуры половины лица
 - 4) расходящееся косоглазие
 - 5) нарушение жевания
242. Эпилептический припадок могут вызвать заболевания, кроме:
1. Субарахноидальное кровоизлияние
 2. Гнойные менингиты
 3. Опухоль мозга
 4. Туберкулезный менингит
 5. Рассеянный склероз
243. Критериями диагностики рассеянного склероза являются:
1. молодой возраст начала заболевания
 2. многоочаговое поражение ЦНС,
 3. ремитирующее течение
 4. все перечисленное
 5. ничего из перечисленного
244. Принципы лечения рассеянного склероза включают назначение:
1. кортикостероидов,
 2. плазмафереза
 3. индукторов интерферона
 4. верно 1 и 2
 5. все ответы правильные
245. К триаде Шарко при рассеянном склерозе не относится:
1. нистагм,
 2. скандированная речь,
 3. атаксия
 4. нижний спастический парез
 5. нет правильного ответа
246. Нарушение зрения при рассеянном склерозе обусловлено поражением:
1. хрусталика
 2. сетчатой оболочки
 3. зрительного нерва
 4. лучистого венца
 5. затылочной доли
247. Синдром, характерный для рассеянного склероза:
1. ретробульбарный неврит
 2. симптоадреналовый криз
 3. Кожевниковская эпилепсия
 4. Джексоновская эпилепсия
 5. все ответы правильные
248. Рассеянный склероз является заболеванием ЦНС:
1. сосудистым
 2. наследственным
 3. демиелинизирующим
 4. опухолевым
 5. правильного ответа нет
249. Рассеянный склероз чаще встречается в возрасте:
1. от 1 – 3 лет
 2. 4-7 лет
 3. 10 -14 лет
 4. 18 - 40 лет
 5. 40 - 60 лет
250. Постепенное нарастание мышечной слабости определенной группы мышц в течение дня характерно для:

1. Менингита.
 2. Миастении.
 3. Миотонии.
 4. Амiotрофии.
 5. Миозита.
251. Для миастенического криза характерно:
1. Провоцируется инфекциями, приемом лекарственных препаратов.
 2. Передозировка антихолинэстеразных препаратов;
 3. Узкие зрачки и парез аккомодации,
 4. Гиперсекреция слюны и бронхиальной слизи;
 5. Усиление перистальтики ЖКТ, понос, рвота.
252. Для холинергического криза характерно:
1. Провоцируется инфекциями, приемом лекарственных препаратов
 2. Передозировка антихолинэстеразных препаратов
 3. Нарастающая слабость, дыхательная недостаточность, бульбарные расстройства
 4. Тахикардия
 5. Острая задержка мочи
253. Для лечения миастенического криза применяются
1. Искусственная вентиляция легких
 2. плазмоферез
 3. кортикостероиды
 4. препараты калия
 5. все ответы правильные
254. Для лечения холинергического криза применяются:
1. Прозерин
 2. Атропин
 3. Препараты калия
 4. Седуксен
 5. все ответы правильные
255. При лечении миастении возможна патогенетическая терапия в виде:
1. Лобэктомии.
 2. Спленэктомии.
 3. Тиреоэктомии.
 4. Тимэктомии.
 5. Аппендэктомии.
256. Для подтверждения диагноза миастении в первую очередь необходимо провести:
1. ЭЭГ
 2. ЭМГ
 3. Р-графия позвоночника
 4. Эхо – ЭГ
 5. Прозериновую пробу
257. Клиническими признаками миастении являются:
1. Мышечные атрофии
 2. Псевдогипертрофии
 3. Центральные парезы
 4. Патологическая утомляемость мышц
 5. Замедление расслабления мышцы после ее сокращения
258. Для лечения судорожных припадков не применяются принципы:
1. длительность
 2. преемственность
 3. непрерывность
 4. прерывность
 5. индивидуальность
259. Для лечения эпилепсии у детей используется:
1. диазепам в разовой дозе 10 мг/кг
 2. димедрол 1 мг/кг в сутки
 3. аминазин 2 мг/кг
 4. карбамазепин 50- 100 мг/кг/сут
 5. карбамазепин 10-30 мг/кг/сут
260. Для лечения генерализованных припадков препаратом первого ряда является:
1. Карбамазепин
 2. Вальпроаты (Депакин, конвулекс)
 3. Седуксен
 4. Натрия оксибутират
 5. Фенобарбитал
261. Для лечения парциальных припадков препаратом первого ряда является:
1. Карбамазепин

2. Вальпроаты (Депакин, конвулекс)
 3. Седуксен
 4. Натрия оксibuтират
 5. Фенobarбитал
262. Тоническая фаза генерализованного эпилептического припадка сопровождается:
1. разлитым цианозом
 2. подергивание глазных яблок
 3. продолжается до 10 мин
 4. бледностью лица
 5. гиперсаливацией
263. 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
264. Судороги у новорожденных протекают как :
1. атонические
 2. тонико-клонические
 3. миоклонические
 4. с сенсорным компонентом
 5. абсансы
265. В раннем детском возрасте причиной судорожных припадков является
1. недостаток пиридоксина (витамина В₆)
 2. недостаток кальция
 3. недостаток магния
 4. все ответы правильные
 5. правильного ответа нет
266. Эмбриофетопатии возникают при поражении плода в период:
1. всей беременности
 2. от зачатия до 2 недели
 3. от зачатия до 10 недели
 4. от 10 недели до 22 недели
 5. от 22 недели до 7 дня после рождения
267. Перинатальная энцефалопатия возникает при поражении в период:
- 1) всей беременности
 - 2) от зачатия до 2 недели
 - 3) от зачатия до 10 недели
 - 4) от 10 недели до 22 недели
 - 5) от 22 недели до 7 дня после рождения
268. К позднему фетальному периоду относят период:
1. от зачатия до 10 недели
 2. от 10 недели до 22 недели
 3. от 22 недели до родов
 4. период родов
 5. первые 7 дней после рождения
269. К раннему фетальному периоду относят период:
1. от зачатия до 2 недели
 2. от зачатия до 10 недели
 3. от 10 недели до 22 недели
 4. от 22 недели до родов
 5. первые 7 дней после рождения
270. Острый период перинатальной энцефалопатии продолжается до:
1. 7 суток жизни
 2. 10 суток жизни
 3. 21 день
 4. 1 месяц
 5. 4 месяца
271. В восстановительном периоде перинатальной энцефалопатии выделяют:
1. Синдром гипервозбудимости
 2. Гипертензионно-гидроцефальный синдром
 3. Синдром задержки психомоторного развития
 4. Синдром двигательных нарушений
 5. Все перечисленное
272. В восстановительном периоде перинатальной энцефалопатии выделяют:
1. Синдром вегето-висцеральных дисфункций

2. Синдром задержки психомоторного развития
 3. Гипертензионно-гидроцефальный синдром
 4. Все перечисленное
 5. Правильного ответа нет
273. В остром периоде перинатальной энцефалопатии выделяют:
1. Синдром гипервозбудимости
 2. Гипертензионно-гидроцефальный синдром
 3. Синдром угнетения
 4. Судорожный синдром
 5. Все перечисленное
274. При перинатальной энцефалопатии в остром периоде выделяют:
1. синдром угнетения
 2. двигательных нарушений
 3. мышечной гипертонии
 4. задержки психомоторного развития
 5. вегетативных дисфункций
275. При перинатальной энцефалопатии в остром периоде нет:
1. синдрома угнетения
 2. синдрома повышенной нервно-рефлекторной возбудимости
 3. гипертензионно-гидроцефального синдрома
 4. синдрома двигательных нарушений
 5. коматозного синдрома
276. При перинатальной энцефалопатии в восстановительном периоде нет:
1. синдрома двигательных нарушений
 2. коматозного синдрома
 3. гипертензионно-гидроцефального синдрома
 4. синдрома задержки психомоторного развития
 5. синдрома повышенной нервно-рефлекторной возбудимости
277. Для легкой степени постгипоксической энцефалопатии характерно:
1. гипертензионно-гидроцефальный синдром
 2. синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости
 3. общее угнетение
 4. судороги
 5. коматозное состояние
278. Для среднетяжелой степени постгипоксической энцефалопатии характерно:
1. синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости
 2. гипертензионно-гидроцефальный синдром
 3. коматозный синдром
 4. субарахноидальное кровоизлияние
 5. генерализованный отек мозга
279. Для синдрома гипервозбудимости типично:
1. снижение спонтанной двигательной активности
 2. повышение спонтанной активности
 3. мышечная гипотония
 4. мышечный тонус физиологический
 5. гипорефлексия
280. К этиологическим факторам перинатальных энцефалопатий не относятся:
1. гипоксические
 2. травматические
 3. токсические
 4. наследственные
 5. инфекционные
281. Диагноз «Перинатальная энцефалопатия» сохраняется до возраста:
1. 6 месяцев
 2. 9 месяцев
 3. 12 месяцев
 4. 3 лет
 5. до передачи во взрослую поликлинику
282. Перинатальные энцефалопатии имеют исход в (выделить неправильный ответ):
1. выздоровление
 2. минимальная мозговая дисфункция
 3. гидроцефальный компенсированный синдром
 4. детский церебральный паралич
 5. первичная микроцефалия
283. Для гипертензионно-гидроцефального синдрома типично:
1. микроцефальный череп
 2. увеличение окружности головы на более 2 см по сравнению с грудной клеткой
 3. рефлекс Моро

4. анизокария
 5. угнетение
284. Пароксизмы тремора конечностей с цианозом, остановкой дыхания, кратковременные спазмы взора вверх или вниз, пароксизмы спонтанного нистагма, спонтанные АШТР характеризуют синдром:
1. повышенной нервно-рефлекторной возбудимости
 2. гипертензионно-гидроцефальный
 3. угнетения
 4. судорожный
 5. коматозный
285. Аритмия пульса, плавающие глазные яблоки, нистагм, сужение зрачков со снижением реакции на свет, резкая мышечная гипотония характеризуют синдром:
1. повышенной нервно-рефлекторной возбудимости
 2. гипертензионно-гидроцефальный
 3. угнетения
 4. судорожный
 5. коматозный
286. Изменения спинно-мозговой жидкости с наличием свежих и выщелоченных эритроцитов, высокого белка в первую неделю жизни типичны для:
1. гнойного менингита
 2. субарахноидального кровоизлияния
 3. серозного менингита
 4. токсоплазмоза
 5. отека мозга
287. Детский церебральный паралич является:
- 1) наследственным заболеванием
 - 2) хромосомной патологией
 - 3) следствием нейроинфекции
 - 4) исходом перинатальной энцефалопатии
 - 5) подкорковой дегенерацией
288. 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
289. 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
290. При детском церебральном параличе не выделяют формы:
1. гемиплегическую
 2. миопатическую
 3. гиперкинетическую
 4. атонически-астатическую
 5. двойную гемиплегическую
291. Двойная гемиплегия:
1. самая тяжелая форма ДЦП
 2. самая легкая форма ДЦП
 3. относится к наследственной патологии обмена веществ
 4. имеется незначительная задержка психоречевого развития ребенка
 5. является следствием нейроинфекции
292. При гиперкинетической форме детского церебрального паралича:
1. преобладает тиковый гиперкинез
 2. преобладает тремор
 3. преобладает атетоз, торсионная дистония
 4. сочетание всех перечисленных видов
 5. преобладают миоклонии
293. 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
294. Одним из первых симптомов органического поражения головного мозга при декомпенсированной гидроцефалии является:
1. гемипарез

2. бульбарный синдром
 3. парапарез ног
 4. атаксия
 5. тетрапарез
295. Белок в ликворе снижен обычно при гидроцефалии:
1. наружной
 2. внутренней
 3. сообщающейся
 4. гиперпродуктивной
 5. абсорбтивной
296. Белок в ликворе обычно увеличен при гидроцефалии:
1. наружной
 2. внутренней
 3. сообщающейся
 4. гиперпродуктивной
 5. абсорбтивной
297. Для подтверждения диагноза гидроцефалии рекомендуется:
1. электромиография
 2. магнитно-резонансная томография
 3. электроэнцефалография
 4. ангиография
 5. доплерография
298. Диакарб при гидроцефалии назначается в суточной дозе:
1. 5-10 мг/кг
 2. 10-20 мг/кг
 3. 20-30 мг/кг
 4. 50-70 мг/кг
 5. 100 мг/кг и более
299. Для поддержания электролитного баланса с диакарбом следует давать:
1. калий
 2. натрий
 3. калий и натрий
 4. магний
 5. кальций
300. Ведущим признаком гидроцефалии является:
1. повышение внутричерепного давления
 2. задержка психомоторного развития
 3. расширение ликворосодержащих пространств головного мозга
 4. увеличение окружности головы
 5. преобладание мозгового черепа над лицевым
301. При расширении только мозговых желудочков гидроцефалия является:
1. внутренней
 2. наружной
 3. сообщающейся
 4. базальной
 5. конвексительной
302. При расширении мозговых желудочков и субарахноидального пространства гидроцефалия является:
1. внутренней
 2. наружной
 3. сообщающейся
 4. смешанной
 5. конвексительной
303. При увеличении субарахноидального пространства гидроцефалия является:
1. внутренней
 2. наружной
 3. сообщающейся
 4. смешанной
 5. конвексительной
304. Увеличение головы при врожденной гидроцефалии начинается:
1. с момента рождения ребенка
 2. в первые 3 месяца жизни
 3. с 4-6 месяцев
 4. с 6-9 месяцев
 5. в возрасте 1 года
305. 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
306. Прогноз при микроцефалии определяется:
1. темпом роста головы
 2. размером мозгового черепа
 3. выраженностью двигательного дефекта
 4. степенью умственной отсталости
 5. сроком начала терапии
307. Основным проявлением микроцефалии является:
1. умственная отсталость
 2. эмоциональная уплощенность
 3. эпилептический синдром
 4. парезы центрального типа
 5. задержка развития речи и дизартрия
308. Достоверным доказательством этиологии гнойного менингита является выделение возбудителя из:
1. крови и носоглотки
 2. носоглотки
 3. только крови
 4. спинномозговой жидкости
 5. носоглотки и кала
309. Гнойным менингитом чаще заболевают дети:
1. раннего возраста
 2. дошкольного возраста
 3. младшего школьного возраста
 4. дошкольного и младшего школьного возраста
 5. старшего школьного возраста
310. Серозным менингитом чаще заболевают дети:
1. раннего возраста
 2. любого возраста
 3. новорожденные
 4. грудного возраста
 5. школьного возраста
311. Противопоказанием к оперативному лечению гидроцефалии являются:
1. грубая гидроанэнцефалия
 2. резкое истощение
 3. текущий воспалительный процесс
 4. высокое содержание белка (более 2 г/л) в ликворе
 5. все перечисленное
312. Наиболее часто гнойный менингит вызывается
1. стафилококком
 2. гемофильной палочкой
 3. стрептококком и клебсиеллой
 4. менингококком
 5. пневмококком и синегнойной палочкой
313. К наиболее характерным клиническим симптомам гнойного менингита относятся
1. ригидность затылочных мышц
 2. симптом Кернига
 3. симптом Брудзинского
 4. ничего из перечисленного
 5. все из перечисленного
314. В ликворе белок 2,5 г/л, цитоз 500, лимфоциты – 30%, нейтрофилы – 70% характерны для:
1. Менингизма
 2. Серозного менингита
 3. Гнойного менингита
 4. Субарахноидального кровоизлияния
 5. Нормальные показатели
315. 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
316. 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
317. 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
318. 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
319. 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
320. При каких заболеваниях возможен нейтрофильный плеоцитоз в ликворе:
1. серозный менингит.
 2. абсцесс головного мозга.
 3. рассеянный склероз.
 4. бруцеллезный менингит.
 5. туберкулезный менингит.
321. Менингеальный синдром включает все симптомы, кроме:
1. болевые.
 2. общей гиперестезии.
 3. натяжения.
 4. симптом Лессаже.
 5. патологические рефлексы.
322. 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.
323. Спинномозговая жидкость прозрачная, бесцветная, давление 360 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.
324. Какие исследования необходимы при выявлении менингеального синдрома:
1. люмбальная пункция и общий анализ ликвора.
 2. общий анализ крови.
 3. посев из носоглотки.
 4. КТ, МРТ головного мозга.
 5. ЭЭГ.
325. К острым нарушениям мозгового кровообращения у детей относятся:
1. церебральный сосудистый криз
 2. геморрагический инсульт
 3. ишемический инсульт
 4. преходящие нарушения мозгового кровообращения
 5. все перечисленные
326. Повторные субарахноидальные кровоизлияния у детей возникают:
1. При аневризмах сосудов мозга
 2. При ликворной гипертензии
 3. При ревматическом пороке сердца у детей
 4. При опухоли глубоинной локализации
 5. При артериальной гипотензии
327. При панической атаке наблюдаются
- 1) Дрожь, тремор
 - 2) парестезии
 - 3) сердцебиение
 - 4) рука акушера
 - 5) все перечисленное
328. При панической атаке наблюдаются
- 1) нехватка воздуха

- 2) страх смерти
 - 3) сердцебиение
 - 4) дискомфорт в левой половине груди
 - 5) все перечисленное
329. Для купирования панической атаки применяется :
1. Диазепам в/м
 2. Натрия оксипутират в/м
 3. Аминазин в/м
 4. Все перечисленное
 5. Ничего из перечисленного
330. Приступ мигрени провоцируют:
1. Эмоциональный и физический стресс
 2. Нарушение сна
 3. Некоторые продукты
 4. Все перечисленное
 5. Ничего из перечисленного
331. Для офтальмоплегической мигрени характерно:
1. Фотопсии
 2. Парез глазодвигательного нерва
 3. Гемианопсия
 4. Парез мимических мышц
 5. Скотомы
332. Вертикализация, пребывание в вертикальной позе без движения провоцируют обморок:
1. При заболеваниях сердца
 2. Ортостатический
 3. Гипогликемический
 4. Эпилептический
 5. Вазогенный
333. При острой воспалительной полинейропатии двигательные нарушения начинаются и грубее выражены:
1. В ногах
 2. В руках
 3. В лице
 4. На туловище
 5. Диффузные
334. Малая хореза возможна:
1. При клещевом энцефалите
 2. При ревматизме у детей
 3. При эпидемическом цереброспинальном менингите
 4. При поствакцинальном энцефалите
 5. При паркинсонизме
335. Соблюдение постельного режима для больных в остром периоде сотрясения или ушиба головного мозга
1. показано во всех случаях
 2. не показано
 3. показано при тяжелом состоянии больного
 4. показано при легкой степени травмы
 5. показано в зависимости от преморбидного статуса
336. Признаки генерализованного эпилептического припадка все, кроме:
1. психо-моторное возбуждение
 2. тонико-клонические судороги
 3. миоз
 4. утрата сознания
 5. амнезия постприступная
337. К противосудорожным препаратам относятся следующие препараты, кроме:
1. конвулекс.
 2. ривотрил.
 3. депакин.
 4. имован.
 5. карбамазепин
338. 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.
339. 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.
340. Укажите, какие из перечисленных симптомов характерны для клиники нейроревматизма:
 1. частые ангины.
 2. головные боли.
 3. симптом Горнера.
 4. хореические гиперкинезы.
 5. параличи.
341. Для лечения отека мозга используют все, кроме:
 1. диакарб.
 2. фуросемид.
 3. дидинон.
 4. глицерин.
 5. маннит.
342. Для острого поперечного миелита характерно все, кроме:
 1. задержка мочи и стула.
 2. проводниковые нарушения чувствительности.
 3. быстрое развитие трофических нарушений кожи.
 4. развитие парезов и параличей.
 5. судороги.
343. Характерным для туберкулезного менингита является:
 1. острое начало заболевания.
 2. снижение уровня сахара в ликворе.
 3. повышение уровня сахара в ликворе.
 4. снижение уровня белка в ликворе.
 5. повышение уровня белка в ликворе.
344. 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.
345. Для клиники полиомиелита характерно:
 1. периферические параличи в сочетании с центральными параличами.
 2. периферические параличи в сочетании с чувствительными нарушениями.
 3. периферические параличи с тазовыми нарушениями по центральному типу.
 4. только периферические параличи.
 5. только центральные параличи.
346. «Мозаичность» периферических параличей встречается при:
 1. нейробруцеллезе.
 2. нейроСПИДе.
 3. нейросифилисе.
 4. рассеянном склерозе.
 5. полиомиелите.
347. Специфическое лечение полиомиелита заключается в:
 1. противовирусных препаратах.
 2. противобактериальных препаратах.
 3. противогрибковых препаратах
 4. все ответы неправильные
 5. все ответы правильные.
348. При полиомиелите поражаются следующие структуры ЦНС:
 1. передние рога боковых желудочков.
 2. задние рога боковых желудочков.
 3. боковые рога спинного мозга.
 4. передние рога спинного мозга.
 5. задние рога спинного мозга.
349. К методам специфической профилактики полиомиелита относится:
 1. соблюдение правил личной гигиены.
 2. живая оральная полиовакцина Сейбина.
 3. проветривание закрытых помещений.
 4. адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина (АКДС).
 5. вакцина БЦЖ.
350. Abortивная форма полиомиелита – это:
 1. вирусоносительство.
 2. общинфекционные симптомы с поражением ЦНС.
 3. общинфекционные симптомы без поражения ЦНС.
 4. менингеальные симптомы.
 5. центральные параличи.
351. Диагностика полиомиелита заключается во всем, кроме:

1. анализов крови.
 2. электромиограммы.
 3. анализов ликвора.
 4. анализов мочи.
 5. анализов кала.
352. Асимметричность и мозаичность периферических параличей патогномична для:
1. рассеянного склероза.
 2. энцефаломиелиита.
 3. миелита.
 4. полиомиелита.
 5. менингита.
353. Для серозного менингита, вызванного вирусом полиомиелита характерен ликвор:
1. с нейтрофильным цитозом.
 2. с лимфоцитарным цитозом.
 3. с низким уровнем белка.
 4. с низким уровнем сахара.
 5. с цитозом 1000-2000 клеток в 1 см³.
354. Для полиомиелита характерны:
1. расстройства чувствительности.
 2. расстройства двигательной сферы.
 3. расстройства тазовых функций.
 4. расстройства вегетативной сферы.
 5. расстройства эмоциональной сферы.
355. К клиническим формам клещевого энцефалита относят все, кроме
1. менингеальной
 2. полиомиелитической
 3. летаргической
 4. полиоэнцефалитической
 5. лихорадочной
356. Пути проникновения возбудителя в нервную систему при нейроинфекциях
1. гематогенный
 2. лимфогенный
 3. периневральный
 4. вследствие травмы
 5. все выше перечисленные
357. Проявлениями хронических форм клещевого энцефалита являются
1. периферические парезы и параличи
 2. нарушения чувствительности
 3. эпилепсия Кожевникова
 4. психические расстройства
 5. все вышеперечисленные
358. Основным отличием менингизма является
1. повышенное давление спинномозговой жидкости
 2. клеточно-белковая диссоциация
 3. белково-клеточная диссоциация
 4. снижение уровня хлоридов в спинномозговой жидкости
 5. отсутствие воспалительных изменений в спинномозговой жидкости
359. К эпилептиформным паттернам относится все, кроме:
1. Острые волны.
 2. Спайк-волны.
 3. Острая-медленная волна.
 4. Полипики.
 5. Альфа волны.
360. К эпилептическим припадкам относится все, кроме:
1. Джексоновский приступ.
 2. Миоклонии.
 3. Генерализованный тонико-клонический приступ.
 4. Дроп-атака.
 5. Абсанс.
361. К неэпилептическим припадкам относится все, кроме:
1. Фебрильные судороги.
 2. Аффективно-респираторные приступы.
 3. Карпо-педальные спазмы.
 4. Абсанс.
 5. Тики.

362. К противосудорожным препаратам относится все, кроме:
1. Конвулекс.
 2. Карбамазепин.
 3. Диакарб.
 4. Депакин.
 5. Диазепам.
363. Спастическими формами детского центрального паралича являются:
1. Гемиплегия.
 2. Двойная гемиплегия.
 3. Спастическая гемиплегия.
 4. Все ответы верные.
 5. Все ответы неверные.
364. Наиболее благоприятная, в прогностическом отношении, следующая форма детского центрального паралича:
1. Спастическая диплегия.
 2. Гиперкинетическая форма.
 3. Двойная гемиплегия.
 4. Гемиплегическая.
 5. Атонически-астатическая форма.
365. К миорелаксантам относится:
1. Милдронат.
 2. Мукалтин.
 3. Маннит.
 4. Мидокалм.
 5. Мелепсин.
366. К немедикаментозным методам лечения детского церебрального паралича относится все, кроме:
1. Иппотерапия.
 2. Массаж, ЛФК.
 3. Иглорефлексотерапия.
 4. Водные процедуры.
 5. Фототерапия.
367. К нейропротекторам относятся:
1. Стугерон.
 2. Пирацетам.
 3. Трентал.
 4. Аспирин.
 5. Мидокалм.
368. В лечении хорей используют:
1. Гепарин.
 2. Пирацетам.
 3. Ацикловир.
 4. Аспирин.
 5. Мидокалм.
369. В генезе симптоматики при сотрясении головного мозга не имеют значения:
1. интоксикация
 2. наличие гидродинамического удара
 3. обратимые функциональные нарушения межнейрональных связей
 4. рефлекторно-сосудистые реакции
 5. внутричерепная гипертензия
370. 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
371. Для острого периода сотрясения головного мозга не характерно:
1. тошнота, рвота
 2. головная боль
 3. головокружение
 4. стойкая утрата сознания
 5. вегетативно-сосудистые нарушения
372. В остром периоде сотрясения головного мозга не встречается:
1. расширение или сужение зрачков
 2. длительный сон
 3. преходящие глазодвигательные нарушения
 4. нистагм
 5. сухожильная гиперанализорелефлексия
373. При ушибе головного мозга не характерно:
1. нарушение сознания длительное и глубокое
 2. судорожные припадки
 3. выражены очаговые симптомы

4. переходящие очаговые нарушения
 5. переломы костей черепа
374. При ушибе головного мозга у детей клинически имеется:
1. кратковременное нарушение сознания
 2. отсутствует нарушение витальных функций
 3. отсутствуют менингеальные симптомы
 4. очаговые симптомы поражения головного мозга
 5. гипотермия
375. 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
376. При сотрясении головного мозга постельный режим назначается на:
1. 2-3 дня
 2. 3-5 дней
 3. 5-7 дней
 4. 7-10 дней
 5. до 3 недель
377. 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
378. При лечении сотрясения головного мозга в остром периоде применяют:
1. антигистаминные препараты
 2. гемостатические препараты
 3. дегидратирующие препараты
 4. биостимуляторы
 5. верно 1 и 2
379. 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
380. Закрытая черепно-мозговая травма - это:
1. перелом основания черепа с ликвореей
 2. перелом основания черепа с кровотечением
 3. повреждения мягких тканей до апоневроза
 4. повреждение тканей до твердой мозговой оболочки
 5. правильного ответа нет
381. 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
382. 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
383. 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
384. Для сдавления головного мозга наиболее типично:
1. наличие светлого промежутка
 2. длительное коматозное состояние
 3. наличие спастического тетрапареза
 4. перелом основания черепа
 5. линейный перелом костей свода черепа.
385. При неврозе страха у дошкольников преобладают страхи:
1. одиночества

2. темноты
 3. персонажей сказок
 4. все ответы правильные
 5. нет правильных ответов
386. При неврозе страха у младших школьников преобладают страхи:
1. одиночества
 2. темноты
 3. школы
 4. все ответы правильные
 5. нет правильных ответов
387. При неврозе страха в пубертатном периоде преобладают страхи:
1. одиночества
 2. темноты
 3. школы
 4. болезни и смерти
 5. все ответы правильные
388. Заикание развивается чаще всего в возрасте:
1. до 5 лет
 2. младший школьный возраст
 3. старший школьный возраст
 4. пубертатный период
 5. взрослые
389. Энурез встречается у детей в возрасте:
1. старше 2 лет
 2. старше 4 лет
 3. старше 6 лет
 4. старше 8 лет
 5. старше 10 лет.
390. Наиболее частой причиной вегетативных кризов являются:
1. неврозы
 2. нейроинфекции
 3. черепно-мозговая травма
 4. пролапс митрального клапана
 5. все перечисленное
391. К противосудорожным препаратам экстренной помощи относится, все, кроме:
1. Диакарб.
 2. Диазепам.
 3. Тиопентал натрия.
 4. Реланиум.
 5. Оксипрометазин.
392. К антихолинэстеразным препаратам относится:
1. Гепарин.
 2. Диакарб.
 3. Прозерин.
 4. Аспирин.
 5. Мидокалм.
393. Синдром Кушинга развивается как осложнение при длительной терапии препаратом:
1. Пирацетам.
 2. Преднизолон.
 3. Прозерин.
 4. Парацетомол.
 5. Гепарин.
394. К антихолинэстеразным препаратам относится:
1. Гепарин.
 2. Пирацетам.
 3. Калимин.
 4. Аспирин.
 5. Мидокалм.
395. К ноотропным препаратам относится все, кроме:
1. Актовегин.
 2. Атропин.
 3. Пирацетам.
 4. Кортексин .
 5. Энцефабол.
396. Для снижения мышечного тонуса применяются:
1. фенобарбитал
 2. диазепам
 3. прозерин

4. мидокалм
 5. атропин
397. При менингovasкулярном сифилисе наблюдается:
1. когнитивные нарушения
 2. острые нарушения мозгового кровообращения
 3. утрата глубокой чувствительности
 4. все верно
 5. все неверно
398. При паренхиматозном нейросифилисе наблюдается:
1. когнитивные нарушения
 2. острые нарушения мозгового кровообращения
 3. базальный менингит
 4. гидроцефалия
 5. все ответы правильные
399. При врожденном нейросифилисе наблюдаются:
1. задержка развития
 2. острые нарушения мозгового кровообращения
 3. базальный менингит
 4. гидроцефалия
 5. все ответы правильные
400. Для врожденного сифилиса характерно
1. триада Гетчинсона
 2. врожденная гидроцефалия
 3. гнойный менингит
 4. верно 1 и 2
 5. верно 2 и 3
401. Термином "табетические кризы" у больных спинной сухоткой обозначают
1. пароксизмы тахикардии
 2. колебания артериального давления
 3. пароксизмы болей рвущего характера
 4. эпизоды профузной потливости и общей слабости
 5. эмоциональные расстройства
402. Ранняя диагностика нейроСПИДа выявляет в цереброспинальной жидкости
1. нарастания ВИЧ-антител
 2. высокого лимфоцитарного плеоцитоза
 3. наличие фибриновой пленки
 4. положительных белковых реакций
 5. ксантохромии
403. Частыми возбудителями СПИД-ассоциированных инфекций нервной системы являются
1. микобактерии туберкулеза
 2. аденовирусы
 3. кандиды
 4. листерии
 5. вирусы простого герпеса
404. Поражение нервной системы ВИЧ-инфекцией проявляется
1. энцефалопатией
 2. острым рецидивирующим менингитом
 3. миелопатией
 4. всем перечисленным
 5. верно 1 и 3
405. Психические нарушения при СПИДе представлены следующими симптомами:
1. снижением памяти и критики
 2. дезориентированностью и галлюцинациями
 3. прогрессирующей деменцией
 4. верно 1 и 3
 5. все перечисленное верно
406. Первичные поражения нервной системы при СПИДе проявляются:
1. энцефалопатией
 2. миелопатией
 3. острыми нарушениями кровообращения
 4. верно 1 и 2
 5. все ответы верные
407. 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
408. 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
409. У детей чаще, чем у взрослых, развиваются опухоли:
1. саркомы
 2. эпендимомы
 3. арахноэктоидомы
 4. глиомы
 5. менингиомы
410. Альтернирующие синдромы характерны для опухолей с локализацией :
1. в подкорковых узлах
 2. в спинном мозге
 3. в полушариях мозга
 4. в стволе мозга
 5. в мозжечке
411. При появлении у больного с гипертензионным синдромом, атаксией, атонией, асинергией, адиадохокинезом можно заподозрить опухоль:
1. лобной доли
 2. височной доли
 3. затылочной доли
 4. полушарий мозга
 5. мозжечка
412. 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
413. Клиническая картина опухолей головного мозга включает:
- 1) прогрессирующие общемозговые нарушения
 - 2) гидроцефальный синдром
 - 3) очаговые симптомы
 - 4) дислокационные симптомы
 - 5) все ответы правильные
414. Клиника краниофарингиомы характеризуется:
- 1) битемпоральной гемианопсией
 - 2) эндокринными расстройствами
 - 3) гидроцефальным синдромом
 - 4) все ответы правильные
 - 5) все ответы неправильные
415. Наиболее часто встречаются невриномы нерва
- 1) зрительного
 - 2) тройничного
 - 3) слухового
 - 4) подъязычного
 - 5) добавочного
416. Характерными для больных невралгией тройничного нерва являются жалобы
- 1) на постоянные ноющие боли, захватывающие половину лица
 - 2) на короткие пароксизмы интенсивной боли, провоцирующиеся легким прикосновением к лицу
 - 3) на приступы нарастающей по интенсивности боли в области глаза, челюсти, зубов, сопровождающиеся усиленным слезо- и слюноотечением
 - 4) на длительные боли в области орбиты, угла глаза, сопровождающиеся нарушением остроты зрения
 - 5) все ответы правильные
417. Для невралгии языкоглоточного нерва характерно:
- 1) приступы стреляющих болей в корне языка и миндалинах
 - 2) приступы стреляющих болей в ухе
 - 3) наличие курковых зон на лице
 - 4) нарушение глотания
 - 5) дизартрия
418. 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) все ответы правильные

#

419. Для neuropathии 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

#

420. Каузалгический болевой синдром наиболее часто встречается при ушибе

- 1) срединного нерва
- 2) локтевого нерва
- 3) лучевого нерва
- 4) большеберцового нерва
- 5) малоберцового нерва

#

421. Как называется хромосома если плечо «р» и «q» равны:

- 1) Акроцентрическая.
- 2) Субметацентрическая.
- 3) Метацентрическая.
- 4) Центрическая.

#

422. Какие липиды накапливаются в клетках при болезни Ниманна-Пика:

- 1) Сфинголипиды.
- 2) Церебролизиды.
- 3) Ганглиозиды
- 4) ЛПНП.

#

423. 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)

#

424. Трисомия по 21 паре хромосом:

- 1) синдром Дауна.
- 2) синдром Шершевского-Тернера.
- 3) синдром Клайнфельтера
- 4) Болезнь Такаясу.

#

425. 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)

#

426. Сибсы – это:

- 1) Все родственники пробанда
- 2) Дядя пробанда
- 3) Родители пробанда
- 4) Братья и сестры пробанда

#

427. Дупликация это:

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

- #
428. 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
- #
429. Клинические проявления болезни Ниманна-Пика:
- 1) Кардиомегалия, амавроз, психоз.
 - 2) Паркинсонизм.
 - 3) Гепатоспленомегалия, центральный паралич.
 - 4) Гепатоспленомегалия, глазодвигательные и мозжечковые нарушения, катаlepsия.
- #
430. Запрограммированная смерть клетки носит название:
- 1) Апоптоз
 - 2) Некроз
 - 3) Дегенерация
 - 4) Хроматолиз
 - 5) Мутация
- #
431. Какова вероятность рождения больного ребенка женщиной, имеющей больных сына и брата гемофилией:
- 1) 25%
 - 2) 50%
 - 3) 100%
 - 4) Близко к 0%
- #
432. Наиболее типичное расположение телеангиоэктазий при синдроме Луи –Бар:
- 1) Слизистая глаза.
 - 2) Кожа ладоней.
 - 3) Кожа стоп.
 - 4) Кожа внутренней поверхности бедра
- #
433. Феномен антиципации это:
- 1) Наследование болезни от дедушки.
 - 2) Скрытое проявление болезни.
 - 3) Проявление заболевания в более молодом возрасте.
 - 4) Проявление болезни в более позднем возрасте.
- #
434. Гаплоидный набор содержат клетки:
- 1) Нейроны
 - 2) Гепатоциты
 - 3) Зиготы
 - 4) Гаметы
 - 5) Эпителиальные
- #
435. 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
- #
436. В основу Денверской классификации 1960 года положены следующие параметры хромосом:
- 1) Размер, форма, центромерный индекс.
 - 2) Способность окрашиваться флюоресцентными веществами.
 - 3) Размер теломеры и мРНК.
 - 4) Форма «X» и «Y» хромосом.
- #
437. 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.
- #
438. Пенетрантность это:
- 1) Частота проявления гена в признаках.
 - 2) Частота проявлений рецессивных генов
 - 3) Частота проявлений доминантных генов.
 - 4) Частота проявлений X-сцепленных генов.
- #
439. Где обнаруживают кольца Кайзера-Флейшера.
- 1) На слизистой оболочке рта.
 - 2) В роговице глаза.
 - 3) В печени при аутопсии.
 - 4) На глазном дне
- #
440. При лечении типичной формы хорей Гентингтона обычно применяют:
- 1) Дофаминсодержащие препараты
 - 2) Нейролептики
 - 3) Агонисты дофамина
 - 4) Антихолинергические препараты
 - 5) Верно 1) и 4)
- #
441. 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.
- #
442. Миопатия Дюшенна связана с мутацией гена, ответственного за синтез фермента:
- 1) Галактокиназы
 - 2) Дегидроптеридинредуктазы
 - 3) Дистрофина
 - 4) Церулоплазмينا
- #
443. Кордоцентез это:
- 1) Биопсия ткани пуповины
 - 2) Метод получения амниотической жидкости
 - 3) Метод получения хордовой ткани
 - 4) Метод получения пуповинной крови у плода
- #
444. Что накапливается в паренхиматозных органах при гепатоцеребральной дистрофии:
- 1) Цинк.
 - 2) Церулоплазмин.
 - 3) Медь.
 - 4) Билирубин.
- #
445. Тип наследования болезни Реглингхаузена-нейрофиброматоза I:
- 1) Аутосомно-доминантный
 - 2) Аутосомно-рецессивный
 - 3) Сцепленный с X хромосомой.
 - 4) Сцепленный с Y хромосомой.
- #
446. 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
- #
447. Псевдогипертрофии наблюдают при следующих формах прогрессирующей мышечной дистрофии
- 1) тип Дюшенна
 - 2) тип Беккера - Киннера
 - 3) тип Ландузи - Дежерина
 - 4) все перечисленные

- #
448. Какое заболевание относится к спинальным амиотрофиям:
- 1) Болезнь Кугельберга-Веландер
 - 2) Болезнь Такаюсу.
 - 3) Болезнь Дюшенна.
 - 4) Болезнь Гоше.
- #
449. 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.
- #
450. Кариотип - это совокупность особенностей хромосомного набора (комплекса) клетки, определяющийся:
- 1) Числом половых хромосом
 - 2) Формой хромосом
 - 3) Структурой хромосом
 - 4) Всем перечисленным
 - 5) Верно а) и б)
- #
451. Большинство семейных форм бокового амиотрофического склероза наследуются по:
- 1) Аутомно-доминантному типу.
 - 2) Аутомно-рецессивному типу.
 - 3) Гетерогенному типу.
 - 4) Сцепленному с X-хромосомой.
- #
452. 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.
- #
453. При болезни Паркинсона поражаются:
- 1) Ядра палидарной системы
 - 2) Ядра стриарной системы
 - 3) Внутренняя капсула
 - 4) Мозжечок
 - 5) Задние столбы спинного мозга
- #
454. 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
- #
455. Тип наследования при миопатии Томсона характеризуется как
- 1) аутомно-доминантный
 - 2) аутомно-рецессивный
 - 3) сцепленный с полом (через X-хромосому)
 - 4) верно а) и б)
 - 5) ничего из перечисленного
- #
456. 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.
- #
457. Метод диагностики хромосомных заболеваний:
- 1) Картирование.

- 2) Кариотипирование.
3) Хромирование.
4) Генное модифицирование.
- #
458. Эпикант – это:
1) Сросшиеся брови
2) Широко расставленные глаза
3) Вертикальная кожная складка у внутреннего угла глаза
4) Сужение глазной щели
- #
459. Исследование сыворотки 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
- #
460. Клинические признаки атаксии-телеангиоэктазии (синдром Луи - Бар):
1) Парепарез, тазовые нарушения, дискинезии кишечника .
2) Вестибулярная атаксия, телеангиоэктазия, гиперкератоз.
3) Сенситивная атаксия, телеангиоэктазия, гипертиреоз.
4) Мозжечковая атаксия, телеангиоэктазия, склонность к инфекциям.
- #
461. Люди с Робертсоновскими транслокациями:
1) Фенотипически здоровы
2) Имеют фенотип синдрома Дауна.
3) Имеют фенотип синдрома Вирхова.
4) Имеют фенотип синдрома Транскони.
- #
462. Важным защитным свойством пероксисом является способность:
1) Обезвреживать токсины и свободные радикалы.
2) Утилизировать глюкозу
3) Синтезировать Т лимфоциты.
4) Утилизировать фоллаты.
- #
463. Спорадический случай наследственной болезни - это:
1) Большой, впервые обратившийся за консультацией
2) Первый случай аутомно-доминантного или хромосомного заболевания в родословной
3) Единственный случай данной наследственной болезни в родословной
4) Все ответы правильные
5) Нет правильного ответа
- #
464. Для какой формы синдрома Рейтера характерны двигательные нарушения:
1) Заднероговой формы.
2) Переднероговой формы.
3) Вегетативно-трофической формы.
4) Пирамидной формы.
- #
465. Среди спиноцеребеллярных атаксий болезнь Фридрейха отличается наличием
1) Деформации стопы
2) Дизрафическим статусом
3) Поражением мышцы сердца
4) Снижением или выпадением рефлексов
5) Всего перечисленного
- #
466. 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.
- #
467. Клинические признаки атаксии-телеангиоэктазии (синдром Луи - Бар):
1) Парепарез, тазовые нарушения, дискинезии кишечника .
2) Вестибулярная атаксия, телеангиоэктазия, гиперкератоз.

- 3) Сенситивная атаксия, телеангиоэктазия, гипертиреоз.
4) Мозжечковая атаксия, телеангиоэктазия, склонность к инфекциям.
- #
468. Для какой формы мышечных дистрофий характерно вовлечение мышц лица:
1) Дюшенна
2) Беккера
3) Ландузи-Дежерина
4) Форма –Эрба.
- #
469. Мышечная дистрофия Дюшенна наследуется по типу:
1) Аутосомно-доминантному;
2) Х-сцепленному рецессивному;
3) Аутосомно-рецессивному;
4) Х-сцепленному доминантному
- #
470. 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
- #
471. Фенотипическими признаками хромосомных болезней являются
1) Нарушения психического развития
2) Нарушения физического развития
3) Множественные пороки развития
4) Все перечисленные
- #
472. 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
- #
473. 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
- #
474. Эпикант – это:
1) Сросшиеся брови
2) Широко расставленные глаза
3) Вертикальная кожная складка у внутреннего угла глаза
4) Сужение глазной щели
- #
475. Походка пациентов с нижней параплегией Штрюмпеля:
1) Утиная
2) Степпаж
3) Спастикопаретическая.
4) Анталгическая .
- #
476. Клинические признаки синдрома Кляйнфельтера:
1) Первичная аменоррея
2) Микроорхизм
3) Долихоцефалия, арахнодактилия
4) Все перечисленное
- #
477. Для клинических проявлений фенилкетонурии не характерны:
1) Умственная отсталость
2) Патология опорно-двигательного аппарата
3) Экзематозные проявления
4) Судороги

- 5) Правильные ответы 2,3
- #
478. Миопатия Дюшенна связана с мутацией гена, ответственного за синтез фермента:
- 1) Галактокиназы
 - 2) Дегидроптеридинредуктазы
 - 3) Дистрофина
 - 4) Церулоплазмينا
- #
479. 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
- #
480. Для синдрома Шерешевского-Тернера характерно:
- 1) Первичная аменорея
 - 2) Моносомия по X хромосоме
 - 3) Выявление симптомов с рождения
 - 4) Низкий рост
 - 5) Все перечисленное
- #
481. Краниостеноз это :
- 1) Раннее закрытие швов черепа.
 - 2) Сужение полости желудочков мозга.
 - 3) Сужение позвоночного канала.
 - 4) Сужение большого затылочного отверстия.
- #
482. Укажите вероятность повторного рождения больного ребенка у супругов, имеющих больную девочку с фенилкетонурией:
- 1) 50%.
 - 2) Близко к 0%.
 - 3) 75%.
 - 4) 25%
- #
483. Гаплоидный набор содержат клетки:
- 1) Нейроны
 - 2) Гепатоциты
 - 3) Зиготы
 - 4) Гаметы
 - 5) Эпителиальные
- #
484. Тип наследования при амиотрофии Кеннеди:
- 1) Сцепленный с Y-хромосомой.
 - 2) аутосомно- доминантный тип.
 - 3) Сцепленный с X-хромосомой.
 - 4) аутосомно-рецессивный тип
- #
485. Фенилкетонурия I типа (классическая форма) обусловлена дефицитом фермента:
- 1) Фенилаланинмутаза (ФАМ)
 - 2) Фенилаланиназа (ФА)
 - 3) ФенилаланинАТФазы (ФАТ)
 - 4) Фенилаланингидроксилаза (ФАГ)
- #
486. Наиболее тяжелая форма спинномозговых грыж:
- 1) Менингоцеле
 - 2) Менингорадикулоцеле
 - 3) Менингомиелоцеле
 - 4) Миелоцистоцеле.
- #
487. Дебют гиперкинетической формы болезни Гентинктона.
- 1) 1-2 десятков жизни
 - 2) 3 десятков жизни.
 - 3) 4-7 десятков жизни.

- 4) В первые годы жизни.
- #
488. Клиническая картина типичной хореи Гентингтона, кроме хореического гиперкинеза, включает
- 1) Пластическую экстрапирамидную ригидность
 - 2) Симптом "зубчатого колеса"
 - 3) Акинезию
 - 4) Гипомимию
 - 5) Деменцию
- #
489. 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
- #
490. 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.
- #
491. Псевдопорэнцефалия как правило развивается:
- 1) В постнатальном периоде
 - 2) В пренатальном периоде
 - 3) В интранатальном периоде.
 - 4) В антенатальном периоде.
- #
492. Лечение галактоземии:
- 1) Медикаментозное
 - 2) Диетотерапия.
 - 3) Заместительная терапия.
 - 4) Химиотерапия.
- #
493. Основной биохимический признак митохондриальной патологии является:
- 1) Лактат-ацидоз.
 - 2) Метаболический алакалоз.
 - 3) Митохондриальный алкалоз.
 - 4) Респираторный алкалоз.
- #
494. Тип чувствительных нарушений при сирингомиелии:
- 1) Проводниковый
 - 2) Сегментарно-диссоциированный
 - 3) Полирадикулярный
 - 4) Чувствительность не нарушена
- #
495. 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.
- #
496. Наиболее частые локализации ангиофибром при туберозном склерозе:
- 1) Симметричные участки лица.
 - 2) Слуховые проходы.
 - 3) Подмышечная область.
 - 4) По ходу крупных сосудистых стволов
- #
497. 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
- #

498. 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.
- #
499. 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
- #
500. Для какой формы синингомиелии характерны двигательные нарушения:
- 1) Заднероговой формы
 - 2) Переднероговой формы.
 - 3) Вегетативно-трофической формы.
 - 4) Пирамидной формы.
- #
501. Тип наследования гиперкалемической формы пароксизмальной миоплегии:
- 1) Аутомно-доминантный.
 - 2) Сцепленный с X хромосомой.
 - 3) Аутомно-рецессивный.
 - 4) Сцепленный с Y-хромосомой
- #
502. Заболевание при котором целесообразно исследование полового хроматина:
- 1) Синдром Дауна
 - 2) Синдром "кошачьего крика"
 - 3) Синдром Кляйнфельтера
 - 4) Синдром Марфана
- #
503. Тип наследования атаксии Фридрейха:
- 1) аутомно-рецессивный.
 - 2) аутомно-доминантный.
 - 3) Сцепленный с X- хромосомой.
 - 4) Сцепленный с Y- хромосомой.
- #
504. 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.
- #
505. 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
- #
506. 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
- #
507. 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
- #
508. При микроцефалии больше всего страдает
- 1) Подкорковые ядра
 - 2) Кора полушарий головного мозга
 - 3) Спинной мозг
 - 4) Мозжечок
- #
509. 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
- #
510. 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
- #
511. Лечение краниостенозов у детей.
- 1) Физиолечение
 - 2) Химиотерапия
 - 3) Медикаментозное
 - 4) Хирургическое
- #
512. Патогенез атаксии Фридрейха:
- 1) Дегенерация двигательных корешков.
 - 2) Дегенерация задних и боковых столбов.
 - 3) Поражение базальных ядер.
 - 4) Дегенерация передних рогов спинного мозга.
- #
513. Что не относится к факоматозам:
- 1) Туберозный склероз.
 - 2) Атаксия-телеангиэктазия Луи-Бар
 - 3) Нейрофиброматоз Реклингхаузена.
 - 4) Болезнь Ниманна - Пика
- #
514. Транслокация это:
- 1) Потеря участка хромосомы.
 - 2) Перенос участка хромосомы.
 - 3) Поворот участка хромосомы.
 - 4) Изменения участка хромосомы
- #
515. 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
- #
516. 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
- #
517. 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.

- #
518. Если плечо «р» и «q» равны, то такая хромосома называется:
- 1) Акроцентрической
 - 2) Метacentрической.
 - 3) Субметacentрической.
 - 4) Центрической.
- #
519. 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
- #
520. При хорее Гентингтона поражается:
- 1) Черная субстанция
 - 2) Таламус
 - 3) Мозжечек
 - 4) Стриарная система
- #
521. 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
- #
522. 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.
- #
523. 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.
- #
524. 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
- #
525. 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.
- #
526. Тип наследования болезни Штрюмпеля:
- 1) аутосомно-доминантный тип.
 - 2) аутосомно-рецессивный тип
 - 3) Гетерогенный тип
 - 4) Сцепленный с X-хромосомой.
- #
527. Скрининговый тест определения фенилкетонурии у новорожденных:
- 1) Тест Стюарта.
 - 2) Тест ФКУ
 - 3) Тест Гатри.
 - 4) Тест Тиннеля.
- #

528. Для патогенеза нейрофиброматоза I характерно:

- 1) Дефект белка фибронейрамина.
- 2) Нарушение синтеза белка церулоплазмينا.
- 3) Дефект синтеза нейролизина.
- 4) Нарушение синтеза белка нейрофибромина.

#

529. 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

#

530. 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.

#

531. Инверсия это:

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

#

532. Тип наследования болезни Ниманна-Пика:

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

#

533. Клинические проявления болезни Штрюмпеля:

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

#

534. Для миотонии Томсона характерно все, кроме

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

#

535. 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.

#

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

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

#

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

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

- #
538. Тип наследования болезни Коновалова – Вильсона.
- 1) Аутосомно-доминантный
 - 2) Аутосомно-рецессивный
 - 3) Сцепленный с X-хромосомой.
 - 4) Сцепленный с Y-хромосомой.
- #
539. Что поражается при болезни Паркинсона:
- 1) Периферические нервные волокна.
 - 2) Базальные ядра палидарной системы
 - 3) Базальные ядра стриарной системы
 - 4) Ретикулярная формация
- #
540. Для синдрома Луи-Бар характерны:
- 1) Колиты и ЯБЖ
 - 2) Синуситы и пневмонии
 - 3) Циститы, уретриты.
 - 4) Энцефалиты и менингиты.
- #
541. 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
- #
542. Тип наследования при галактоземии:
- 1) Аутосомно-доминантный
 - 2) Аутосомно-рецессивный
 - 3) Сцепленный с X хромосомой.
 - 4) Сцепленный с Y хромосомой.
- #
543. Биопсия кожи плода дает возможность диагностировать
- 1) Синдром Дауна
 - 2) Ихтиоз, эпидермолиз
 - 3) Гемофилию, фенилкетонурию
 - 4) Краниостеноз, микроцефалию
- #
544. Патология, какого белка выявляется при миодистрофиях Дюшенна, Беккера.
- 1) Дистрофина
 - 2) Плазмينا
 - 3) Церулоплазмينا.
 - 4) Фратаксина.
- #
545. Характерные костно-суставные изменения при атаксии Фридрейха:
- 1) Полая стопа, сколиоз
 - 2) Сустав Шарко, сколиоз
 - 3) «Грудь сапожника», плоскостопие
 - 4) Кифоз, лордоз, «куриная грудь».
- #
546. Содержимое грыжевого мешка при менингоградикулоцеле :
- 1) Спинной мозг, ликвор, оболочки мозга.
 - 2) Корешки, ликвор, оболочки мозга.
 - 3) Ликвор, оболочки мозга.
 - 4) Спинной мозг, ликвор.
- #
547. 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

#

548. 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.

#

549. При галактоземии накапливается:

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

#

550. Моносомия по X-хромосоме характерна для:

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

#

551. 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.

#

552. 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

#

553. 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.

#

554. Какая клиническая форма не относится к гепатолентикулярной дегенерации.

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

#

555. Для гипокалемической формы пароксизмальной миоплегии характерно:

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

#

556. Клинически атаксия Фридрейха характеризуется наличием:

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

#

557. Количество какого белка уменьшается заболевании Вильсона-Коновалова.

- 1) Церулоплазмина.
- 2) Альбумина.
- 3) Гамма - глобулина.
- 4) Миоглобина.

#

558. Какие исследования проводят при прогрессирующих мышечных дистрофиях

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

#

559. 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.

#

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

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

#

561. 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. Опишите клинику.
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 рефлексы на руках и ногах повышены, вызываются патологические рефлексы 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 C4-D4 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

адиадохокинез, скандированную речь и походку пьяного?

Частная неврология (7-8 семестр)

1. 62-летний мужчина с инфарктом миокарда в анамнезе проснулся с правосторонней гемиплегией. Глаза тонически повернуты влево и не реагируют на угрожающие действия со стороны правого поля зрения. Реакция на боль в левой половине тела сохранена. Речь невразумительна, приказов не исполняет. Воспроизвести простые фразы не может. Укажите локализацию и характер процесса?
2. У больной 15 лет после поездки в автобусе, где она сидела у открытого окна, появились боли в заушной области. Через 2 дня обнаружила, что левый глаз плохо закрывается, рот перетянут в правую сторону, жидкая пища выливается и левого угла рта. Объективно : отмечается асимметрия лица, на левой половине лица лобные складки сглажены, левый глаз шире правого. Левая носогубная складка сглажена. Рот перетянут вправо. При нахмуривании левая бровь кверху не поднимается. Левый глаз не закрывается. При оскале рот перекашивается вправо. Надуть щеки и свистнуть не может. Другой патологии не выявлено. Указать уровень поражения? Какое лечение Вы назначите больному?
3. Больная 16 лет поступила в неврологическое отделение с жалобами на приступы болей в области правой половины лица. Болеет около 2 лет. Боли возникают внезапно и носят очень острый, режущий характер. Приступы болей длятся 10 –15 секунд. Боли возникают во время разговора, жевания, глотания, при прикосновении около крыла носа справа. Боль начинается в области верхней губы и распространяется на верхние зубы и скуловую кость справа. Во время приступа болей наблюдается спазм мимической мускулатуры правой половины лица, кожные покровы на стороне лица краснеют. Между приступами в неврологическом статусе отмечается болезненность при пальпации инфраорбитальной точки справа, гиперестезия в области верхней челюсти справа. Другой симптоматики не выявлено. Какой диагноз Вы поставите больному?
4. Мальчик 10, жалуется на асимметрию лица – не закрывается правый глаз, рот перетянут в левую сторону, слезотечение из левого глаза. Жалобы появились вчера, накануне отмечалось переохлаждение. отмечается асимметрия лица, на правой половине лица лобные складки сглажены, правый глаз шире левого. Правая носогубная складка сглажена. Рот перетянут влево. При нахмуривании правая бровь кверху не поднимается. Правый глаз не закрывается. Слезотечение из правого глаза. При оскале рот перекашивается вправо. Надуть щеки и свистнуть не может. Нарушение вкуса на передних 2/3 языка. Указать уровень поражения? Какое лечение Вы назначите больному?
5. У мальчика 14 лет внезапно развилась резкая головная боль и судорожный припадок с потерей сознания. При осмотре обнаружены менингеальные симптомы. Через некоторое время появилась многократная рвота. Головная боль оставалась сильной. Появилось двигательное возбуждение, менингеальные симптомы нарастали.

Определите характер поражения. Какими методами можно подтвердить диагноз?

6. 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?
7. 69-летний мужчина жаловался на периодически возникающую слабость в правых конечностях длительностью от 15 мин до 4 ч в течение последних 5 месяцев. За день до госпитализации у него отмечалось постепенное ухудшение зрения на левый глаз в течение 4 часов. В тот же вечер вновь появилась слабость в правых конечностях. При обследовании выявилась слабость мышц нижнего этажа лица справа, правосторонний гемипарез. Определите локализацию и предполагаемый характер процесса. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
8. Больного 65 лет беспокоят ноющие боли в пояснице с иррадиацией по передней поверхности правого бедра. Болеет около 3–х месяцев, лечился в поликлинике, однако эффекта от лечения нет. В анамнезе аденома простаты. Объективно : поясничный лордоз сглажен, движения в поясничном отделе позвоночника ограничены из-за боли назад и в стороны. Симптомы Вассермана и Мацкевича справа. Гипестезия по внутренней поверхности правого бедра. Снижение правого коленного рефлекса. Перкуссия остистых отростков L2- L3 позвонков резко болезненна. Укажите, какие синдромы есть у больного?

Ваш предположительный диагноз?

9. У 62-летнего мужчины отмечались умеренная головная боль в теменной области с обеих сторон и легкая слабость в правой кисти и предплечье. На следующий день его жена обнаружила, что он не может говорить и его правые конечности парализованы. При обследовании выявлена моторная афазия, понимание обращенной речи сохранено. Сглажена правая носогубная складка, правосторонний центральный гемипарез, больше выраженный в руке, снижение мышечно-суставного чувства справа, астереогноз в правой руке. Определите локализацию очага поражения. Определить предполагаемый характер процесса.
10. 30-летняя женщина жалуется на периодически возникающую слабость в правых конечностях длительностью от 15 мин до 2 ч в течение последних 3 месяцев. При обследовании очаговой неврологической симптоматики не выявляется.

Определите локализацию и предполагаемый характер процесса.

Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

11. Девочка 3 лет. Страдает врожденным пороком сердца – дефект межжелудочковой перегородки. Утром после пробуждения мама заметила у ребенка ограничение движений в правых конечностях, девочка не могла говорить. При обследовании выявлена моторная афазия, понимание обращенной речи сохранено. Сглажена правая носогубная складка, правосторонний центральный гемипарез, больше выраженный в руке. Определить уровень и характер поражения.
12. У человека в возрасте 45 лет на фоне высоких цифр кровяного давления внезапно развилась потеря сознания, появилась рвота, непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Лицо багрового цвета, пульс напряжен. Анизокория слева шире, чем справа. Реакция зрачков на свет отсутствует. Поднятые конечности падают паралитически. Сухожильные рефлексы отсутствуют. Справа положительный симптом Бабинского. Ригидность затылка. Верхний симптом Брудзинского справа. Определить характер и локализацию повреждения? Перечислить мероприятия по оказанию первой врачебной помощи?

13. Девочка А., 7 лет.

Жалобы на резкую головную боль диффузного характера, неоднократную рвоту, повышение температуры до 38,7°, снижение аппетита. Заболела остро, больна 2-й день.

При осмотре вялая, адинамичная, речевой контакт сохранен. Кожа бледная, язык обложен белым налетом. Черепные нервы без особенностей. Положение вынужденное, лежит на боку с поджатыми к животу ногами. При прикосновении вздрагивает. Парезов нет. Мышечный тонус одинаков с обеих сторон. Сухожильные рефлексы с ног оживлены, симметричные. Положительный рефлекс Бабинского с обеих сторон. Ригидность затылочных мышц, положительные рефлексы Кернига и Брудзинского.

В общем анализе крови эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты до $6,2 \times 10^9/л$, п - 3, с - 24, л - 70, э - 3, СОЭ – 22 мм/ч. В ликворе давление – 180 мм в.ст., цитоз 182, н – 15%, л – 75%, белок 1,7 г/л, р.Панди ++.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.

14. Больной Б., 14 лет.

Поступает в отделение реанимации по поводу генерализованных тонико-клонических судорог с потерей сознания, повышения температуры до 39°. За 10 дней до поступления отмечалось недомогание, боли в животе, которые прошли самостоятельно в течение 3 дней. Судороги появились 2 часа назад.

При осмотре ребенок вялый, адинамичный, на вопросы отвечает односложно, после многократных повторений. Кожа бледная, язык обложен белым налетом. Движений в левых конечностях нет. Мышечный тонус низкий, особенно слева. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук высокие, особенно слева. Коленные и ахилловы рефлексы высокие, с расширенной зоной, клонусы стоп слева. Брюшные рефлексы ослаблены слева. Положительный рефлекс Бабинского, Оппенгейма слева. Выражена ригидность затылочных мышц и верхний симптом Брудзинского.

В общем анализе крови гемоглобин – 120г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты до $8 \times 10^9/л$, п - 3, с - 41, л - 56, СОЭ – 20 мм/ч. В ликворе давление – 180 мм в.ст., цитоз 120, н – 20%, л – 80%, белок 1,62 г/л, р.Панди ++.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.

15. Больная М., 5 лет.

Жалобы на дрожание рук, шаткую походку. Больна в течение 3 дней. За 10 дней до заболевания перенесла ветряную оспу.

В неврологическом статусе: сознание ясное, горизонтальный мелкоразмашистый нистагм, мышечный тонус низкий в руках и ногах, симметричный, рекурвация в локтевых и коленных суставах, сухожильный рефлекс с рук и ног средней живости, симметричные. Походка шаткая, с широко расставленными ногами. В позе Ромберга неустойчива, пальце-носовую пробу выполняет с промахиванием и интенционным тремором.

1. Выделите ведущий синдром.
2. Поставьте диагноз.
16. Больной К. 12 лет.

Поступает с жалобами на головную боль, неоднократную рвоту, повышение Т до 39, озноб, генерализованные судороги. Болен 2-й день, заболевание началось с недомогания, повышения Т, снижения аппетита. 2 часа назад появились судороги, доставлен в стационар каретой скорой помощи.

При осмотре ребенок вялый, адинамичный, в окружающей обстановке не ориентируется, на вопросы не отвечает. Кожа бледная, язык обложен белым налетом, частота пульса - 120, дыхания - 30. Тоны сердца приглушены. Мышечный тонус умеренно снижен, сухожильные и периостальные рефлекс с рук высокие, равномерные. Коленные и ахилловы рефлекс высокие, с расширенной зоной. Положительный рефлекс Бабинского с обеих сторон. Выражена ригидность затылочных мышц, положительные симптом Кернига, верхний и нижний симптомы Брудзинского.

В общем анализе крови: НВ – 105 г/л, Эр – $3,4 \times 10^{12}/л$, Л – $11 \times 10^9/л$, п-8, с-72, м-1, э-2, л-18, СОЭ – 25 мм/ч. В ликворе: давление – 220 мм в.с., цитоз – 500, н – 78, л – 22, белок – 3,0 г/л, реакция Панди +++, сахар 2,3 ммоль/л.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Частная неврология 8 семестр

1. Девочка М., 12 месяцев.

Жалобы на ограничение движений в левой руке – плохо берет игрушки, не удерживает их. Из анамнеза: ребенок от 3 беременности родов. Беременность протекала с токсикозом первой половины, ОРВИ в 5 мес., повышение АД и отеки на ногах в сроке 32-36 недель. Роды на 39 неделе, со стимуляцией родовой деятельности. Вес при рождении 3700, закричала сразу, выписана на 4 день. Голову удерживает с 3 мес., переворачивается с 6 мес., сидит с 11 мес. В неврологическом статусе: череп долихоцефалический, большой родничок 1,5x1,5 см. Сходящееся косоглазие OS = OD, легкая сглаженность левой носогубной складки. Объем активных движений снижен в левых конечностях. Сухожильные рефлекс с рук и ног высокие, S > D. Положительный рефлекс Бабинского с обеих сторон, S > D. Не ползает, говорит 2 слова - «мама», «баба».

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.

2. Ребенок 28 дней.

Поступает в отделение с жалобами на приступы в виде подергивания левых конечностей, рвоту, отказ от груди, стонет. Из анамнеза: ребенок от I беременности, протекавшей на фоне анемии, во II половине беременности у мамы были стрессы. Роды на 41 неделе, продолжительность 18 часов, безводный период 12 часов. Проводилась родостимуляция, выдавливание. Вес 4100, закричал после первичной реанимации. К груди приложен через 30 минут. Выписан на 3 сутки. Дома был беспокоен, отмечалось дрожание подбородка и ручек. Заболел остро.

При осмотре стонет, череп округлый, большой родничок 3x3, напряжен, выбухает, сагитальный шов до 1 см, малый родничок до 1,5 см. Глазные щели D<S, справа птоз, взгляд не фиксирует. Расходящееся косоглазие OD>OS. Зрачок справа расширен, реакция на свет ослаблена. Не сосет, не глотает. Активные движения минимальные. Поза разгибательная, голова запрокинута назад. Мышечный тонус повышен по спастическому типу, S>D. Коленные рефлекс высокие, с клонусами стоп, S>D. Физиологические рефлекс не вызываются.

В крови: Нв – 72 г/л, ЦП – 0,7, Эр – $2,8 \times 10^{12}/л$, L – $10 \times 10^9/л$, п - 6, с – 35, э – 2, м – 1, л – 56, СОЭ – 5 мм/ч. Ликвор: цитоз -120, белок – 2,0 г /л, л - 80, н – 20, реакция Панди ++, в осадке измененные эритроциты.

1. Выделить синдромы, назначить дополнительное обследование.

2. Поставьте диагноз.

3. Девочка Т., 10 дней.

Переведена из роддома с жалобами на слабое сосание, вялость, сонливость. Из анамнеза: ребенок от 5 беременности, 3 родов (1-2 беременности роды, дети здоровы, 3-4 медаборт). Данная беременность протекала на фоне сниженного АД до 90/60 мм. рт. ст. В сроке 5 мес. перенесла ОРВИ с температурой, угроза прерывания отмечалась на 6 мес., получала стационарное лечение. Роды на 38-39 неделе, в головном предлежании. Околоплодные воды зеленые, оценка по Апгар 4-6 баллов. К груди приложена не была. В неврологическом статусе: череп округлый, большой родничок 2x2 см, не напряжен. Сходящееся косоглазие, горизонтальный мелкоразмашистый нистагм. Сосет самостоятельно из бутылочки по 15 мл. Поза «вялого ребенка», активные движения снижены. Мышечный тонус диффузно снижен, S=D. Коленные рефлексы не вызываются. Физиологические рефлексы: оральные вызываются, но быстро истощаются. Ослаблен защитный рефлекс, отсутствует рефлекс опоры и походки, рефлекс ползания. При нейросонографии структурных изменений нет, желудочковая система не расширена, перивентрикулярная ткань уплотнена.

1. Выделите ведущий синдром.
2. Поставьте диагноз.

4. Больная У., 8 месяцев.

Поступает с жалобами на отставание в развитии – самостоятельно не сидит, не переворачивается, не ползает. Из анамнеза: ребенок от 2-й беременности, протекавшей на фоне низкого АД до 90/60 мм. рт.ст. у матери, роды на 37 неделе, со стимуляцией из-за вторичной слабости родовой деятельности. Оценка по шкале Апгар 5-6 баллов. Выписана на 6 сутки. Голову удерживает с 4-х мес, гулит с 3 мес., однократно были судороги в 6 мес. при ОРВИ. В неврологическом статусе: сходящееся косоглазие с обеих сторон. Объем активных движений снижен, особенно в ногах. Мышечный тонус умеренно повышен в руках и, больше, в ногах, S =D. Сухожильные рефлексы с рук оживлены, коленные и ахилловы высокие, с расширенной зоной, S =D. Положительный спонтанный рефлекс Бабинского с обеих сторон. При вертикализации опоры с перекрестом на уровне нижней трети голени, эквиноварусная установка стоп. В положении на животе опирается на предплечья. Интересуется игрушками, узнает мать.

1. Назначьте дополнительное обследование.
2. Поставьте диагноз.

5. Больной С., 3 месяца.

Поступает с жалобами на беспокойный дневной и ночной сон, вздрагивания во сне, частые срыгивания, плохо удерживает голову. Из анамнеза: ребенок от 3-й беременности, предыдущие заканчивались выкидышами на ранних сроках. Роды на 38 неделе, проводилось ручное отделение плаценты. Закричал сразу, к груди приложен на 3 сутки. Выписан на 5 день. Указанные жалобы беспокоят с рождения. В неврологическом статусе: череп долихоцефалической формы, окружность 43 см, большой родничок 3 x 3 см, умеренно напряжен. Раскрыт сагитальный шов до 0,5 см. глазные щели S =D, положительный симптом Грефе. Мышечный тонус в ногах повышен, затруднено отведение в тазобедренных суставах. Сухожильные рефлексы с ног высокие, с расширенной зоной, S =D. В положении на животе голову удерживает слабо, быстро истощается. При вертикализации опоры ослаблена, сохранен рефлекс походки, спонтанный рефлекс Моро. Гулит, улыбается.

1. Назначьте дополнительное обследование.
2. Поставьте диагноз.

6. Больная У., 1 год 5 месяцев

Поступает с жалобами на отставание в развитии – самостоятельно не ходит и не разговаривает. Из анамнеза: ребенок от 2-й беременности, протекавшей на фоне анемии у матери, роды на 37 неделе, со стимуляцией из-за вторичной слабости родовой деятельности. Оценка по шкале Апгар 5-6 баллов. Выписана на 6 сутки. Голову удерживает с 4-х мес, гулит с 3 мес., сидит с 12 месяцев.

В неврологическом статусе: сходящееся косоглазие с обеих сторон. Объем активных движений снижен, особенно в ногах. Мышечный тонус умеренно повышен в руках и, больше, в ногах, $S = D$. Сухожильные рефлексы с рук оживлены, коленные и ахилловы высокие, с расширенной зоной, $S = D$. Положительный спонтанный рефлекс Бабинского с обеих сторон. При вертикализации опоры с перекрестом на уровне нижней трети голени, эквиноварусная установка стоп. Выполняет простые команды, навыки опрятности не сформированы.

1. Назначьте дополнительное обследование.
2. Поставьте диагноз.

7. Больной А., 3 года

Поступает с жалобами на отставание в развитии – самостоятельно не ходит, не сидит, не разговаривает. Из анамнеза: ребенок от 3-й беременности, протекавшей на фоне анемии у матери, роды на 37 неделе, экстренное кесарево сечение из-за преэклампсии. Оценка по шкале Апгар 3-4 балла. Выписан на 7 сутки. Голову удерживает с 5-х мес, переворачивается с 12 месяцев, навыков самообслуживания нет.

В неврологическом статусе: расходящееся косоглазие с обеих сторон, грубые рефлексы орального автоматизма. Объем активных движений снижен в руках и ногах. Мышечный тонус высокий в руках и ногах, $S = D$, тугоподвижность голеностопных суставов с эквиноварусной установкой стоп. Сухожильные рефлексы с рук и ног высокие, с расширенной зоной, $S = D$. Положительный спонтанный рефлекс Бабинского с обеих сторон. При вертикализации опоры нет, при посадке не сидит. Команды не выполняет, говорит отдельные слоги, навыки опрятности не сформированы.

1. Назначьте дополнительное обследование.
2. Поставьте диагноз.

8. Девочка 3 года.

Жалобы на приступы в виде потери сознания, тонического напряжения конечностей, заведения глаз вверх, пена изо рта, мочеиспускание. Продолжительность приступа примерно 3 минуты. Больна в течение года. Подобный приступ третий раз в жизни, возникновение припадков связано с повышением температуры от 38,5 до 39 градусов. У старшего брата подобные приступы отмечались до 5-летнего возраста. В неврологическом статусе: черепные нервы без особенностей. Очаговой неврологической симптоматики нет. Психомоторное развитие соответствует возрасту. На ЭЭГ – корковых ритмов соответствует возрасту, пароксизмальной активности не выявлено. При фотостимуляции отмечаются билатерально-синхронные вспышки острых волн в теменно-затылочных областях. Глазное дно без особенностей.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение, включая методы неотложной терапии.

9. Мальчик 9 месяцев.

Жалобы на приступы в виде заведения глазных яблок вверх с наклоном вперед. Продолжительность припадков от 30 до 60 секунд. Частота до 15 – 20 раз в сутки. Из анамнеза: ребенок от I беременности, протекавшей на фоне анемии (гемоглобин до 80 г/л), колыпит неуточненной этиологии на 5 месяце, санирован. За 2 недели до родов повышение АД до 150 / 90 мм. рт. ст., белок в моче. Роды на 38 неделе, стремительные. Закричал не сразу. Выписан на 5 день. Голову удерживает с 2 месяцев. Гулит с 2,5 месяцев. В возрасте 6 мес. появились кратковременные «замирания» с фиксированным взором в одну точку, частые вздрагивания. Через месяц появились кивки с разведением рук. Перестал гулить, улыбается редко, часто плачет. Не лечился. 2 недели назад родители заметили учащение припадков, появление поклонов вперед. В неврологическом статусе: череп округлый, голова 44 см, большой родничок 1х1 см, не напряжен. Расходящееся косоглазие за счет левого глаза, взгляд фиксирует, но не прослеживает. Мышечный тонус диффузно снижен, $S > D$. Сухожильные рефлексы высокие, равномерные. Спонтанный тоничный рефлекс Бабинского с обеих сторон. Голову удерживает кратковременно, не переворачивается, не сидит. Не гулит, не улыбается, игрушками не интересуется. На ЭЭГ – гипсаритмия.

1. Поставьте диагноз.

2. Назначьте лечение.

10. Больной С., 5 лет.

Поступает с жалобами на приступы клонических судорог в левых конечностях с потерей сознания. Из анамнеза: ребенок от 5 беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в 2 месяца, роды 2-е, со стимулирующей родовой деятельностью. Родился в асфиксии, масса тела при рождении 3200. голову удерживает с 2 месяцев, ходит с 1 года. С рождения на коже лица в области правого века, лба имеется ангиома, В 2 года появились фокальные левосторонние судороги, в 3 года были генерализованные тонико-клонические приступы. Лечения не получал. В последние 2 месяца припадки участились до 1 раза в неделю.

При осмотре на коже лобной области, правого века имеется ангиома темно-красного цвета, размером около 5 см. интеллект снижен, умеренная задержка психического развития и речи. Простые инструкции выполняет с трудом. ОГ – 53 см. Асимметрия носогубных складок, левосторонний умеренно выраженный гемипарез. В ликворе: белок 0,66 г/л, цитоз – 5, сахар 3,3 ммоль/л, хлориды 1,33 ммоль/л. ЭЭГ – задержка формирования возрастных ритмов, комплексы «пик-волна» в правом полушарии.

1. Назначьте дополнительное обследование.
2. Поставьте диагноз.

11. Больной О., 6 лет.

Поступил в отделение с жалобами на приступы головной боли, сопровождающиеся рвотой, неуверенностью при ходьбе. Болен 5 месяцев. На фоне общего благополучия по утрам стала наблюдаться рвота, вскоре присоединилась головная боль. Позже стал просыпаться от приступа головной боли и заканчивались рвотой. Мальчик стал вялым, бледным, утратил аппетит. При обследовании отмечено пониженное питание, кожные покровы бледные, с легким желтоватым оттенком. Голова увеличена в размерах, окружность 53 см, при перкуссии звук «треснувшего горшка». При неврологическом исследовании: парез левого отводящего нерва. Горизонтальный нистагм при взгляде в обе стороны, носовой оттенок речи, при глотании поперхивается. Общая мышечная гипотония. Периостальные и сухожильные рефлексы угнетены, без отчетливой разницы. Ходит неустойчиво, широко расставляя ноги; с закрытыми глазами отклоняется вправо. Пальце-носовую, пяточно-коленную пробу выполняет неуверенно с обеих сторон. На краниограммах расхождение швов. Глазное дно без изменений.

1. Где локализуется процесс.
2. Какой диагноз можно поставить больному?

12. Больная А., 10 лет.

Поступает с жалобами на произвольные движения в конечностях, гримасничаний, плаксивость, снижение аппетита. Заболела 3 дня назад, когда родители обратили внимание на появление гримас - открывала рот, высовывала язык, заводила вверх глаза. Затем появились произвольные движения в руках, изменился почерк, стала плаксивой. Часто болеет ангиной, которую последний раз перенесла 2 недели назад, получала бисептол. При осмотре правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа бледная, выражен дистальный гипергидроз, разлитой красный дермографизм. Отмечаются произвольные червеобразные движения в пальцах рук, подергивания плечами, гримасы. Черепные нервы без особенностей. При ходьбе пошатывается. Мышечный тонус диффузно снижен, S = D. Сухожильные рефлексы средней живости, S = D. Положительный симптом «глаз и языка». В позе Ромберга пошатывается, при выполнении пальце-носовой пробы отмечается интенционный тремор. В общем анализе крови: Нв – 120 г/л, Эр - $3,4 \times 10^{12}/л$, Л – $8,3 \times 10^9/л$, п - 4, с- 62, э - 4, м –2, л -28, СОЭ -15 мм/ч. Биохимия крови: общий белок – 68 г/л, СРБ - +, ДФА – отриц.

1. Назначьте дополнительное обследование.
2. Поставьте диагноз.

13. Мальчик А. 10 лет.

Поступает с жалобами на головную боль височной локализации, тошноту, рвоту, плаксивость. Со слов мамы упал 2 дня назад с качели, сознания не терял, но отмечалась вялость. Лечения не получал.

В неврологическом статусе: перкуторный звук над черепом не изменен. Непостоянный горизонтальный нистагм, пошатывание в позе Ромберга. Сухожильные рефлексы с рук и ног средней живости, равномерные. Патологических стопных рефлексов нет. На глазном дне – расширение и полнокровие вен, сужение артерий. Рентгенография черепа без патологии.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначить лечение.

14. Девочка К., 2 года.

Жалобы на снижение аппетита, неоднократную рвоту, вялость. Больна в течение двух дней. Начало заболевания мама связывает с падением со стула, ударилась затылком. Сознания не теряла, отмечался сильный плач, на высоте которого была кратковременная остановка дыхания.

При осмотре: в затылочной области подкожная гематома размером 3 см. черепные нервы без патологии. Мышечный тонус не изменен. Сухожильные рефлексы с рук, коленные и ахилловы средней живости, равномерные. Положительный рефлекс Бабинского с обеих сторон, слабо положительный рефлекс Маринеску-Радовичи. Менингеальные симптомы отрицательные. На рентгенограмме костей черепа отмечается линейный перелом теменной кости слева.

1. Назначьте дополнительное обследование.
2. Поставьте диагноз.

15. 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 soprosное. 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?

16. Девочка 10 лет.

Жалобы на приступы в виде причмокивания, гиперсаливации, нарушения речи при пробуждении. Приступы редкие – 1 раз в 3 месяца, однократно был генерализованный тонико-клонический приступ во время сна. Больна в течение года. В неврологическом статусе: черепные нервы без особенностей. Очаговой неврологической симптоматики нет. Психомоторное развитие соответствует возрасту. На ЭЭГ – развитие корковых ритмов соответствует возрасту, в центральных областях регистрируются пики. Глазное дно без особенностей.

3. Поставьте диагноз.
4. Назначьте лечение.

17. Больная Н., 13 лет.

Жалобы на частые головные боли разлитого характера, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, не приносящей облегчение, частые мочеиспускания и жажду. Из анамнеза: ребенок часто болеющий ОРВИ, страдает хроническим тонзиллитом с 7 лет. Головные боли появились год назад. В это же время появилась значительная прибавка в массе тела, сохраняется длительный субфебрилитет после ОРВИ. К неврологу обращается впервые.

При осмотре девочка повышенного питания, фактический вес 58 кг, подкожная клетчатка преобладает в области плеч, груди, живота, бедер. Дистальный гипергидроз. На бедрах единичные стрии розового цвета. На коже рук явления фолликулита. В

неврологическом статусе слабость конвергенции правого глаза, сухожильная гиперрефлексия с рук и ног с обеих сторон. Координаторные пробы выполняет нечетко, интенциональное дрожание.

1. Назначьте дополнительное обследование.
2. Поставьте диагноз.

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 сопризное. 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?

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 бабка 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.



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 кардиомиопатии 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 «синяя 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 частотола». 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?

**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. Побочные эффекты противосудорожной терапии
7. Кетогенная диета при эпилепсии
8. Практика назначения антихолинэстеразных препаратов.
9. Современные возможности нейровизуализации.
10. Эндоваскулярные методы лечения в нейрохирургической практике.
11. ЭЭГ-видеомониторинг, диагностическое значение.
12. Понятие о популяционной генетике в КР.

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ
(7-8 семестр)

1. Виды атаксий, топическое значение.
2. Варианты гемианопсий, топическое значение.
3. Альтернирующие синдромы, понятие, топическое значение, привести примеры.
4. Высшие мозговые функции – особенности расстройств у детей.
5. Особенности ишемического инсульта в детском возрасте.
6. Особенности геморрагического инсульта у новорожденных и детей раннего возраста.
7. Редкие формы эпилепсии у детей.
8. Хирургическое лечение эпилепсии.
9. Немедикаментозные методы реабилитации больных с детским церебральным параличом.
10. Современные методы лечения гидроцефалии у детей.
11. Деонтология медико-генетического консультирования.
12. Современные методы пренатальной диагностики наследственных болезней.
13. 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. Менингеальный синдром, клиника

Частная неврология (7-8 семестр)

1. Состав ликвора в норме.
2. Состав ликвора, при серозном менингите
3. Состав ликвора при гнойном менингите.
4. Состав ликвора при туберкулезном менингите.
5. Классификация менингитов у детей.
6. Серозные менингиты у детей – этиопатогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
7. Гнойные менингиты у детей - этиопатогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
8. Классификация энцефалитов у детей.
9. Клещевой энцефалит - этиопатогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
10. Поствакцинальный энцефалит - этиопатогенез, клиника, диагностика, принципы лечения, профилактика.
11. Клиника вторичных энцефалитов у детей (коровой, рубеолярный, ветряночный), принципы лечения вторичных энцефалитов.
12. Миелит - этиопатогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
13. Клинические проявления нейроСПИДа.
14. Клинические проявления нейросифилиса у детей.
15. Клинические проявления нейробруцеллеза, методы диагностики, принципы лечения
16. Критерии диагностики рассеянного склероза, принципы лечения .
17. Острая полинейропатия Гийена-Барре – этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
18. Нейропатия лицевого нерва – этиология, клиника, принципы лечения.
19. Дифтерийная полинейропатия, клиника, диагностика, принципы лечения.
20. Невралгия тройничного нерва - этиология, клиника, принципы лечения.
21. Классификация эпилептических припадков
22. Классификация эпилепсии
23. Синдром Веста и синдром Леннокса-Гасто, клиника, диагностика, лечение.
24. Роландическая эпилепсия у детей, клиника, диагностика, принципы лечения
25. Миастения, неотложная помощь при миастеническом и холинергическом кризах.
26. Классификация перинатальных поражений нервной системы
27. Эпилептический статус и неотложная терапия при нем.
28. Неэпилептические пароксизмы у детей - этиология, клиника, диагностика, тактика лечения.
29. Классификация внутричерепных родовых травм
30. Родовые повреждения периферической нервной системы (акушерские параличи) этиология, клиника, диагностика, лечение.
31. Клиника внутричерепных родовых травм , диагностика, принципы лечения.
32. Билирубиновая энцефалопатия, клиника, диагностика, лечение
33. Гипоксические поражения мозга у новорожденных в остром периоде (клиника, диагностика, лечение).
34. Классификация гипоксических поражений мозга у новорожденных.
35. Восстановительный период гипоксических поражений головного мозга у новорожденных(клиника, диагностика)
36. Классификация детского церебрального паралича
37. Клиника спастических форм детского церебрального паралича
38. Клиника атонически-астатической и гиперкинетической форм детского церебрального паралича.
39. Реабилитация детского церебрального паралича
40. Малая хорея – этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
41. Тики - классификация, клиника, диагностика, лечение.
42. Болезнь Туретта - клиника, диагностика, лечение.

43. Этиопатогенез и классификация мигрени.
44. Мигрень - клиника, диагностика, лечение.
45. Классификация головной боли у детей
46. Острые нарушения мозгового кровообращения у детей – этиология, классификация.
47. Критерии диагностики ишемического инсульта у детей.
48. Критерии диагностики геморрагического инсульта у детей.

Нейрохирургия (8 семестр)

1. Классификация черепно-мозговой травмы.
2. Субарахноидальное кровоизлияние - клиника, диагностика, лечение.
3. Сдавление головного мозга - клиника, диагностика, лечение.
4. Диффузное аксональное поражение мозга – клиника, диагностика, прогноз.
5. Принципы лечения черепно-мозговых травм.
6. Опухоли головного мозга – классификация.
7. Опухоли головного мозга - клиника, диагностика, лечение.
8. Опухоли спинного мозга – классификация, клиника, диагностика, лечение.
9. Сотрясение головного мозга, особенности, особенности клиники у детей, диагностика, лечение.
10. Ушиб головного мозга. Особенности клиники у детей, диагностика, лечение.
11. Гидроцефалия у детей, причины, классификация.
12. Глазное дно и его значение в неврологии
13. Магнитно-резонансная томография – показания и противопоказания.
14. Компьютерная томография – показания и противопоказания.
15. Электроэнцефалография – показания.
16. Спондилография – показания, интерпретация результатов при дегенеративных заболеваниях и травмах.
17. Краниография – показания, интерпретация результатов при травмах.

Медицинская генетика (8 семестр)

1. Предмет и задачи медицинской генетики.
2. Классификация наследственных заболеваний.
3. Нравственные и деонтологические вопросы медико - генетического консультирования.
4. Медико-генетическое консультирование: цель, задачи, условия проведения.
5. Клинико-генеалогический метод, его диагностические возможности.
6. Пренатальная диагностика, ее роль в первичной профилактике наследственно-семейных заболеваний.
7. Неинвазивные методы пренатальной диагностики: УЗИ, определение ХГЧ, АФП в сыворотки крови, показания сроки проведения.
8. Цитогенетические методы исследования.
9. Инвазивные методы пренатальной диагностики: амниоцентез, кордоцентез, показания, сроки проведения.
10. Молекулярно-генетические и биохимические методы диагностики наследственных заболеваний. Показания к их проведению.
11. Пороки развития нервной системы - спинномозговые грыжи, клиника, диагностика, прогноз.
12. Хромосомные болезни (синдром Дауна).
13. Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшенна, клиника, диагностика.
14. Гепатоцеребральная дистрофия, клиника, лечение.
15. Спинальная амиотрофия Вердника-Гоффманна, клиническая картина.
16. Клиническая картина синдрома Клайнфельтера.
17. Болезнь Штрюмпеля. Тип наследования, патогенез, клиника.

18. Миотоническая дистрофия, болезнь Томсона. Патогенез, клиника, лечение.
19. Болезнь Фридрейха, клиническая картина.
20. Клиническая картина синдрома Шерешевского – Тернера.
21. Невральная амиотрофия Шарко-Мари, клиника, диагностика.
22. Деформирующая мышечная дистония – этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
23. Пороки развития нервной системы, синингомиелия, диагностика, лечение.
24. Гиперкалемическая форма пароксизмальной миоплегии, лечение.
25. Нарушение обмена углеводов (галактоземия). Диагностика, лечение.
26. Пороки развития нервной системы (микроцефалия, краниостеноз), диагностика.
27. Семейные формы первичного паркинсонизма, диагностика, лечение.
28. Факоматозы. Нейрофиброматоз, диагностика, лечение.
29. Хорея Гентингтона, диагностика, лечение.
30. Нарушение обмена аминокислот (фенилкетонурия), диагностика, лечение.
31. Нарушение обмена углеводов (галактоземия), диагностика, лечение.
32. Липидозы. Болезнь Ниманна-Пика, клиническая картина.

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.
8. Оценка психомоторного развития детей раннего возраста
9. Безусловные рефлексы новорожденных.

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 «Педиатрия»

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. Заболевания периферической нервной системы. Цереброваскулярные заболевания.	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. Нейроинфекционные заболевания. Демиелинизирующие заболевания	Текущий контроль	Устный опрос, контрольная работа, реферат, доклад, презентация, посещаемость.	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 «Педиатрия»

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. Перинатальная энцефалопатия. ДЦП. Эпилепсия.	Текущий контроль	Устный опрос, контрольная работа, реферат, доклад, презентация, посещаемость.	5	10	26/36
	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	28/38
	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	31/41
	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 ДЕТСКОЙ 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.

Какой детский коллектив посещает.

Сведения о родителях (фамилия, имя, отчество, 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).
3. Анамнез жизни (от какой беременности, исход предыдущих беременностей, как протекала беременность – заболевания матери соматические и инфекционные, вредные привычки, профессиональные вредности, полученное лечение, наличие гестоза раннего и позднего. Срок родов, наличие безводного периода, родостимуляция, акушерские пособия, тип предлежания плода. Оценка по Апгар, когда закричал, проводилась ли первичная реанимация новорожденного, сроки первого прикладывания к груди, появление желтухи, если таковая имела, срок выписки из роддома. Психомоторное развитие ребенка на первом году и в дальнейшем. Перенесенные заболевания, аллергологический анамнез. Наследственность. Составление родословной).
4. Status praesens objectivus (данные объективного осмотра):
 - Соматический статус (по стандартной схеме)
 - Неврологический статус:
 - Состояние сознания, наличие общемозговой симптоматики.
 - Менингеальные симптомы.
 - Стигмы дисэмбриогенеза.
 - Форма черепа, состояние черепных швов и родничков.
 - Черепные нервы (с 1 по 12 пары)
 - Двигательная сфера – поза ребенка, объем активных движений, если ходит указать тип походки, мышечный тонус, мышечная сила, наличие атрофий, их симметричность.
 - Сухожильные рефлексы
 - Патологические рефлексы
 - Безусловные рефлексы новорожденных (если соответствуют возрасту)
 - Координаторная сфера
 - Вегетативные нарушения (функция тазовых органов, дермографизм, трофические расстройства)

Психомоторное развитие

5. Предварительный диагноз: выставляется на основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, выделения ведущих неврологических синдромов, установления топического диагноза, после чего указывается нозологическая форма.
6. План обследования больного (логически вытекает из предварительного диагноза, который нужно либо подтвердить, либо опровергнуть).
7. Результаты проведенного обследования (выписываются из истории болезни пациента).
8. Дифференциальный диагноз проводится с 2-3 сходными по клинике заболеваниями.
9. Назначаемое лечение (выписка рецептов с указанием рассчитанной дозы, способа и кратности введения препарата).
10. Клинический диагноз и его обоснование (использовать только необходимые данные, позволяющие поставить диагноз). Основной и сопутствующий диагнозы обосновываются отдельно.
11. Дневники (должны отражать динамику процесса, всего 2-3).
12. 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.