

УТВЕРЖДАЮ
Декан медицинского факультета
Зарифьян А.Г.

26.06.

2018 г.



Неврология

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики**
Учебный план 31050350_18_13cd.pli.xml
31.05.03 Стоматология

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **3 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 108

в том числе:

аудиторные занятия 72

самостоятельная работа 36

Виды контроля в семестрах:

зачеты с оценкой 8

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	8 (4.2)		Итого	
	17.7			
Неделя	УП	РПД	УП	РПД
Лекции	18	18	18	18
Практические	54	54	54	54
В том числе инт.	4	4	4	4
Итого ауд.	72	72	72	72
Контактная работа	72	72	72	72
Сам. работа	36	36	36	36
Итого	108	108	108	108

Программу составил(и):

к.м.н., доцент Мусабекова Т.О.

к.м.н., доцент Васilenko В.В.

к.м.н. Андрианова Е.В.

Рецензент(ы):

д.м.н., профессор Кулов Б.Б.

к.м.н., доцент Джайлобаева К.А.

Рабочая программа дисциплины

Неврология

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.03 Стоматология (уровень специалитета) (приказ Минобрнауки России от 09.02.2016г. №96)

составлена на основании учебного плана:

31.05.03 Стоматология

утвержденного учёным советом вуза от 26.06.18 протокол № 12

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

Протокол от 21.05. 2018 г. № 10

Срок действия программы: 2018-2024 уч.г.

Зав. кафедрой к.м.н. доц. Мусабекова Т.О.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

4. 09. 2019 г.



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

Протокол от 27. 08. 2019 г. № 1 Зав.
кафедрой к.м.н., доцент Мусабекова Т.О.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____ 2020 г.

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

Протокол от _____ 2020 г. № ____
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Мусабекова Т.О.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____ 2021 г.

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

Протокол от _____ 2021 г. № ____
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Мусабекова Т.О.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____ 2022 г.

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

Протокол от _____ 2022 г. № ____
Зав. кафедрой к.м.н., доцент Мусабекова Т.О.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	По курсу общая неврология - обучение методам обследования нервной системы, выявлению симптомов и синдромов поражения нервной системы, постановке топического диагноза, а также получение знаний о патогенетической и симптоматической терапии неврологических больных.
1.2	По частной неврологии – получение студентом знаний об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечении, профилактике основных заболеваний нервной системы, формирование у студентов основ клинического неврологического мышления, умения поставить диагноз основных неврологических заболеваний, провести их неотложную терапию, организовать уход за неврологическими больными и осуществить профилактику болезней нервной системы.

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	Внутренние болезни
2.1.3	Фармакология
2.1.4	Лучевая диагностика
2.1.5	Патофизиология - патофизиология головы и шеи
2.1.6	Микробиология, вирусология - микробиология полости рта
2.1.7	Патологическая анатомия - патологическая анатомия головы и шеи
2.1.8	Анатомия человека - анатомия головы и шеи
2.1.9	Биоэтика
2.1.10	Латинский язык
2.1.11	Биология
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Психиатрия и наркология
2.2.2	Стоматология
2.2.3	Эпидемиология
2.2.4	Дерматовенерология
2.2.5	Доказательная медицина в стоматологии
2.2.6	Заболевания головы и шеи
2.2.7	Клиническая стоматология
2.2.8	Челюстно-лицевая хирургия
2.2.9	Онкостоматология и лучевая терапия
2.2.10	Судебная медицина

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

ПК-5: готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания

Знать:

Уровень 1	1. Особенности сбора жалоб и анамнеза у неврологических больных. 2. Методику неврологического обследования. 3. Основные клинические симптомы и синдромы часто встречающихся нейростоматологических заболеваний. 4. Дополнительные методы диагностики часто встречающихся нейростоматологических заболеваний.
Уровень 2	1. Факторы риска возникновения нейростоматологических заболеваний у взрослого населения. 2. Этиопатогенез, клиническую картину и диагностику часто встречающихся нейростоматологических заболеваний.
Уровень 3	1. Топическую диагностику поражений нервной системы. 2. Показания и противопоказания к проведению дополнительных методов исследования.

Уметь:

Уровень 1	1. Собирать жалобы, анамнез у неврологических больных. 2. Исследовать неврологический статус.
-----------	--

Уровень 2	1. Определить неврологические синдромы при нейростоматологических заболеваниях. 2. Определить показания и противопоказания для 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 и анамнеза пациента. 2. Медицинской этикой и деонтологией. 3. Методикой неврологического осмотра. 4. Навыками назначения дополнительных методов обследования при нейростоматологических заболеваниях.
Уровень 2	1. Навыками постановки топического . 2. Навыками назначения дополнительных методов обследования.
Уровень 3	1. Навыками оформления истории болезни нейростоматологического больного. 2. Навыками обоснования предварительного неврологического диагноза.

ПК-6: способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра

Знать:	
Уровень 1	Неврологические симптомы, синдромы заболеваний, основных нозологических форм в соответствии с МКБ.
Уровень 2	Алгоритм постановки топического, клинического диагнозов.
Уровень 3	Дополнительные методы исследования при заболеваниях нервной системы.
Уметь:	
Уровень 1	Выделять неврологические симптомы и синдромы при основных нейростоматологических заболеваниях.
Уровень 2	Выявить нозологическую форму основных нейростоматологических заболеваний.
Уровень 3	Обосновать основные нейростоматологические заболевания.
Владеть:	
Уровень 1	Навыками формирования нейростоматологических синдромов, нозологических форм в соответствии с МКБ.
Уровень 2	Навыками проведения дифференциального диагноза основных нейростоматологических заболеваний.
Уровень 3	Навыками интерпретации результатов дополнительных методов обследования при основных нейростоматологических заболеваниях.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	Особенности сбора жалоб и анамнеза у неврологических больных.
3.1.2	Методику неврологического обследования.
3.1.3	Основные клинические симптомы и синдромы часто встречающихся нейростоматологических заболеваний.
3.1.4	Дополнительные методы диагностики часто встречающихся нейростоматологических заболеваний.
3.1.5	Факторы риска возникновения нейростоматологических заболеваний у взрослого населения.
3.1.6	Этиопатогенез, клиническую картину и диагностику часто встречающихся нейростоматологических заболеваний.
3.1.7	Топическую диагностику поражений нервной системы.
3.1.8	Показания и противопоказания к проведению дополнительных методов исследования.
3.1.9	Неврологические симптомы, синдромы заболеваний, основных нозологических форм в соответствии с МКБ.
3.1.10	Алгоритм постановки топического, клинического диагнозов.
3.1.11	Дополнительные методы исследования при заболеваниях нервной системы.
3.2	Уметь:
3.2.1	Собирать жалобы, анамнез у неврологических больных.
3.2.2	Исследовать неврологический статус.
3.2.3	Определить неврологические синдромы при нейростоматологических заболеваниях.
3.2.4	Определить показания и противопоказания для дополнительных методов исследования.
3.2.5	Поставить топический диагноз.
3.2.6	Провести комплексное медицинское обследование с целью подтверждения неврологического диагноза.
3.2.7	Выделять неврологические симптомы и синдромы при основных нейростоматологических заболеваниях.

3.2.8	Выявить нозологическую форму основных нейростоматологических заболеваний.
3.2.9	Обосновать основные нейростоматологические заболевания.
3.3	Владеть:
3.3.1	Навыками сбора жалоб и анамнеза пациента.
3.3.2	Медицинской этикой и деонтологией.
3.3.3	Методикой неврологического осмотра.
3.3.4	Навыками назначения дополнительных методов обследования при нейростоматологических заболеваниях.
3.3.5	Навыками постановки топического диагноза.
3.3.6	Навыками назначения дополнительных методов обследования.
3.3.7	Навыками оформления истории болезни нейростоматологического больного.
3.3.8	Навыками обоснования предварительного неврологического диагноза.
3.3.9	Навыками формирования нейростоматологических синдромов, нозологических форм в соответствии с МКБ.
3.3.10	Навыками проведения дифференциального диагноза основных нейростоматологических заболеваний.
3.3.11	Навыками интерпретации результатов дополнительных методов обследования при основных нейростоматологических заболеваниях.

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 – речь, гнозис, праксис, память и их расстройства. /Лек/	8	2	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л1.4 Л1.6 Л2.2 Л2.3 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.5 Э1 Э4 Э9	0	
1.2	Движения и их расстройства: нормальные и патологические рефлексы, центральный и периферический параличи. Топическая диагностика двигательных нарушений. Экстрапирамидная система, мозжечок, координация движений. Синдромы поражения. Гиперкинезы лица. /Пр/	8	6	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.2 Л2.3 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.5 Э1 Э4 Э6 Э8	1	Интерактивные методы обучения. Обучение с элементами НИРС
1.3	Освоение методики исследования двигательной сферы /Ср/	8	1	ПК-5	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.2 Л2.3 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.5 Э1	0	
1.4	Вегетативная нервная система, синдромы поражения. Головная боль в практике стоматолога. /Лек/	8	4	ПК-5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.2 Л2.3 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.5 Э2 Э9	0	
1.5	Основные виды чувствительности, ее проводящие пути. Топическая диагностика и типы чувствительных нарушений. Болевые точки, менингеальные симптомы. /Пр/	8	2	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.2 Л2.3 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.5 Э6 Э8 Э9	0	
1.6	Освоение методики исследования чувствительной сферы /Ср/	8	1	ПК-5	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.2 Л2.3 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.5 Э2 Э9	0	

1.7	Классификация черепно-мозговых нервов. Методика обследования и синдромы поражения I - XII пар ЧМН. Альтернирующие синдромы ствола мозга. /Пр/	8	13	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.2 Л2.3 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.5 Э1 Э5 Э9	0	
1.8	Освоение методики исследования черепно-мозговых нервов /Ср/	8	3,7	ПК-5	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.2 Л2.3 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.5 Э1 Э6 Э9	0	
1.9	Особенности вегетативной иннервации лица и полости рта. Топическая диагностика поражений вегетативной нервной системы. Расстройство высших мозговых функций (речь, гнозис, праксис, память). Синдромы поражения отдельных долей коры больших полушарий. /Пр/	8	2	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.2 Л2.3 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л2.11 Л3.3 Л3.5 Э2 Э4 Э9	1	Интерактивные методы обучения. Обучение с элементами НИРС
1.10	Освоение методики исследования вегетативной нервной системы, высшей нервной деятельности /Ср/	8	2	ПК-5	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.2 Л2.3 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л2.11 Л3.3 Л3.5 Э1 Э2	0	
Раздел 2. Частная неврология							
2.1	Острые нарушения мозгового кровообращения: преходящие нарушения мозгового кровообращения в практике стоматолога, мозговые инсульты. /Лек/	8	2	ПК-5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л2.11 Л3.2 Л3.3 Л3.5 Э3 Э9	0	
2.2	Дополнительные методы исследования в неврологии. /Пр/	8	2	ПК-5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л2.11 Л3.2 Л3.3 Л3.5 Э3 Э4 Э9	0	
2.3	Острые и хронические нарушения мозгового кровообращения. Мозговые инсульты. Преходящие нарушения мозгового кровообращения. Дисциркуляторная энцефалопатия. /Пр/	8	3	ПК-5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л2.11 Л3.2 Л3.3 Л3.5 Э3	1	Интерактивные методы обучения. Обучение с элементами НИРС
2.4	Современные подходы к диагностике и лечению инсульта. /Ср/	8	2	ПК-5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л2.11 Л2.5 Л3.2 Л3.3 Л3.5 Э3	0	

2.5	Курация и разбор больных. /Пр/	8	3	ПК-5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.5 Э4	0	
2.6	Написание и защита истории болезни /Ср/	8	20	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.1 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.5 Э1	0	
2.7	Нейроинфекции. Менингиты. Энцефалиты. Нейро-СПИД, нейросифилис, нейробруцеллез, нейроревматизм /Пр/	8	3	ПК-5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.5 Э1 Э9	0	
2.8	Демиелинизирующие заболевания. Миастения, миастенический криз. Мононевропатии. Полиневропатии. Неврологические симптомы дегенеративных заболеваний позвоночника. Наследственные заболевания с поражением нервно-мышечного аппарата (миопатии Ландузи-Дежерина, Эрба - Рота, миоплегия). /Пр/	8	3	ПК-5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.1 Л3.3 Л3.5 Э1 Э9	0	
2.9	Эпилепсия. Судорожные синдромы. /Лек/	8	2	ПК-5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э6	0	
2.10	Эпилепсия. Эпилептический статус. Судорожные синдромы. Тактика лечения. Нейрофармакология. /Пр/	8	3	ПК-5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э6 Э8	0	
2.11	Оказание первой помощи при эпилептическом приступе /Ср/	8	1	ПК-5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.4 Л3.5 Э8 Э9	0	
2.12	Нейростоматология. Болевые феномены в области лица, триггерные зоны /Лек/	8	2	ПК-5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.5 Э7 Э9	0	
2.13	Нейростоматологические синдромы. Лицевые боли (прозопалгии) /Пр/	8	4	ПК-5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.2 Л2.3 Л2.5 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.5 Э7 Э9	0	

2.14	Невралгия языкоглоточного, барабанного, верхнегортанного нервов. Невралгия тройничного нерва. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. Невропатии ушно-височного нерва. /Пр/	8	4	ПК-5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.2 Л2.3 Л2.5 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.5 Э1 Э2	1	Интерактивные методы обучения. Обучение с элементами НИРС
2.15	Вегетативно-сосудистые (мигрень, пучковая головная боль). Нейротрофические синдромы (прогрессирующая гемиатрофия лица, болезнь Мелькерссона-Розенталя). /Пр/	8	2	ПК-5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.2 Л2.3 Л2.5 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.5 Э1 Э2	0	
2.16	Нейростоматологические синдромы, современные методы диагностики и лечения. /Ср/	8	3	ПК-5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.5 Э1 Э2	0	
Раздел 3. Нейрохирургия							
3.1	Предмет и задачи нейрохирургии. Методы обследования нейрохирургических больных. /Лек/	8	2	ПК-5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.5 Э5 Э9	0	
3.2	Черепно-мозговая травма (сотрясение, ушиб, сдавление), хирургическое лечение. /Лек/	8	2	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.5 Э5 Э9	0	
3.3	Черепно-мозговые травмы (сотрясение, ушиб, сдавление). Хирургическое лечение. /Пр/	8	2	ПК-5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.5 Э5	0	
3.4	Современные методы диагностики и лечения черепно-мозговой травмы /Ср/	8	1	ПК-5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.7 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.5 Э5	0	
3.5	Диагностика опухолей и опухолевидных образований головного мозга. Хирургическое лечение. /Лек/	8	2	ПК-5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.5 Э5 Э6	0	
3.6	Диагностика опухолей и опухолевидных заболеваний головного мозга. Хирургическое лечение. /Пр/	8	2	ПК-5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.5 Э5 Э9	0	

3.7	Нейровизуализационные методы диагностики опухолей головного мозга /Ср/	8	1	ПК-5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л3.3 Л3.5 Э5 Э8	0	
3.8	/КрТО/	8	0,3	ПК-6 ПК-5	Л1.6 Л2.10 Л2.11 Л3.5 Л3.3 Э4 Э8 Э9	0	
3.9	/ЗачётСОц/	8	0	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Л2.8 Л2.9 Л2.10 Л2.11 Л3.3 Л3.5 Э2 Э5 Э9	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Неврология, нейрохирургия (промежуточная аттестация 8 семестр)

Вопросы для проверки уровня обученности "ЗНАТЬ":

Проводится в виде бланочного тестирования, 5 вариантов по 100 вопросов: см. Приложение №1. Тесты для проведения промежуточной аттестации студентов СД.

Задания для проверки уровня обученности "УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ":

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

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Курсовая работа не предусмотрена

5.3. Фонд оценочных средств

Ситуационные задачи (Приложение №2).

Тесты (Приложение №2а).

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

Ситуационные задачи.

Тесты.

Доклад.

Реферат.

Контрольная работа.

Презентация.

Практические навыки.

История болезни.

Шкалы оценивания по видам оценочных средств в Приложение №6

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

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Триумфов А.В	Топическая диагностика заболеваний нервной системы: учебник	МЕДпресс-информ" 2014
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	О.В. Шурыгина, Л.П. Белова, С.К. Дайронас	Нейростоматологические заболевания и синдромы при поражении систем тройничного, лицевого нервов и вегетативной нервной системы : учебное пособие	Самара: РЕАВИЗ 2010
Л1.5	Михайленко А.А.	Клиническая неврология (семиотика и топическая диагностика): учебное пособие	СПб. : Фолиант 2014
Л1.6	Дроздов, А. А.	Нервные болезни : учебное пособие	Саратов : Научная книга, 2019.
6.1.2. Дополнительная литература			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Цымбалюк В.И., Цымбалюк В.И., Лузан Б.Н., Дмитерко И.П.	Нейрохирургия: Учебник	Київ: Медицина 2008
Л2.2	Скоромец А. А., Скоромец А. П., Скоромец Т. А.	Топическая диагностика заболеваний нервной системы: руководство для врачей	Спб. 2010
Л2.3	Аптикеева Н. В., Долгов А. М., Рябченко А. Ю.	Нейростоматология: тесты, задачи: Учебное пособие	Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия 2013
Л2.4	Сафонова Т. Н., Васильев В. И., Лихванцева В. Г., Лихванцева В. Г.	Синдром Шегрена: Руководство для врачей	Москва: Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова 2013
Л2.5	В.Н. Горбунова [и др.]	Клиническая генетика : учебник	СПб. : Фолиант 2015
Л2.6	Михайлов И.Б.	Клиническая фармакология - основа рациональной фармакотерапии : руководство для врачей	СПб. : Фолиант 2013.
Л2.7	А.Г. Шехтман, Д.Ю. Коновалов, О.Я. Малыгина	Современные методы лучевой диагностики патологии черепа и позвоночника, головного и спинного мозга: учебное пособие	Оренбург 2014
Л2.8	Кузьмина, Т. В.	Нервные болезни : учебное пособие	Саратов : Ай Пи Эр Медиа, 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	Электрон. текстовые данные	Наследственные болезни. : Полный справочник	Саратов : Научная книга, 2019.
Л2.11	И.А. Вознюк, В.Е. Савелло, Т.А. Шумакова	Неотложная клиническая нейрорадиология. Инсульт : учебное пособие	СПб. : Фолиант 2016
6.1.3. Методические разработки			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Сост.: Т.О. Мусабекова, Н.Ш. Усенова	Миастения: Учебно-методическое пособие	2012
Л3.2	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

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
ЛЗ.3	Мусабекова Т.О., Шлейфер С.Г., Андрианова Е.В., Рекаева М.И., Ибатуллин И.Ф., Рысалиева Н.Т., Хамзина А.И.	Топическая диагностика: Учебное пособие по общей неврологии	Б: КPCY 2014
ЛЗ.4	Мусабекова Т.О., Хамзина А.И.	Эпилепсия: Учебное пособие	Бишкек, Издательство КPCY 2017
ЛЗ.5	Мусабекова Т.О., Шлейфер С.Г., Василенко В.В., Андрианова Е.В., МырзаевЖ.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	Клиника головной боли и вегетативных расстройств академика А.М. Вейна	http://www.veinclinic.ru
Э3	Научный центр по изучению инсульта	http://www.stroke-center.ru
Э4	ГУ Научный центр неврологии РАМН	http://www.neurology.ru
Э5	«Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко»	http://www.medlit.ru/medrus/jurbur.htm
Э6	«Неврологический вестник»	http://www.infamed.com/nb
Э7	Проблемы боли и анальгезии	http://www.painclinic.ru
Э8	НЕВРОНЕТ - информационная медицинская сеть	http://www.neuro.net.ru
Э9	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 операционные; 2 палаты интенсивной терапии; реанимационный блок.
7.2	Имеется 6 стандартно оборудованных аудиторий с 90 посадочными местами, общей площадью 180 кв.м. (блок-парты, кушетки, учебные доски).

7.3	Кафедра оснащена мультимедийным комплексом (ноутбук, персональный компьютер, проектор). У студентов имеется доступ к информационным стендам (4 шт.), плакатам (100шт), электронной библиотеке (30 учебников), учебным фильмам (30 шт.), базе клинического материала (МРТ, КТ, краниограмма, спондилограмма, ЭЭГ).
7.4	Симуляционный центр интегративного и практического обучения (ЦИПО - корпус «Аламедин»), оборудованный роботизированными манекенами - имитаторами, современным реанимационным оборудованием, электронными фантомами оборудования, тренажерами, интерактивным и медицинским оборудованием, инструментарием и расходными материалами;

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

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

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) и принципами оперативного лечения.

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 парез. 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 среза знаний является определения качества усвоения материала.

При подготовке студентов к срезу знаний 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 (Приложение №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.

- Триумфов А.В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы: учебник МЕДпресс-информ" 2014

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. Исмагилов М.Ф., Гайфутдинов Р.Т. Нейростоматология: учебно-методическое пособие. Казань: КГМУ 2011

4. Лекционный материал, а также издания выпускаемые кафедрой.

ТЕСТЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ (8 семестр)

1. Где находятся симпатические нейроны, участвующие в симпатической иннервации глаза:
 - 1) в боковых рогах C2-C4
 - 2) в боковых рогах C4-C6
 - 3) в боковых рогах C8-Th1
 - 4) в боковых рогах S3-S5

#
2. Для выявления конструктивной апраксии следует предложить больному
 - 1) поднять руку
 - 2) коснуться правой рукой левого уха
 - 3) сложить заданную фигуру из спичек
 - 4) выполнить различные движения по подражанию

#
3. При повреждении внутренних участков перекреста зрительных нервов периметрия выявляет
 - 1) одностороннюю гомонимную гемианопсию
 - 2) нижнеквадрантную гемианопсию
 - 3) битемпоральную гемианопсию
 - 4) биназальную гемианопсию
 - 5) верхнеквадрантную гемианопсию

#
4. При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы
 - 1) верхней прямой
 - 2) наружной прямой
 - 3) нижней прямой
 - 4) нижней косой

#
5. Мидриаз возникает при поражении
 - 1) верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
 - 2) нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
 - 3) мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва
 - 4) среднего непарного ядра
 - 5) ядра медиального продольного пучка

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

#
7. Какой вегетативный узел не относится к 3-й ветви тройничного нерва?
 - 1) Подчелюстной.
 - 2) Подъязычный.
 - 3) Крылонебный.
 - 4) Околоушный/

#
8. Птоз наблюдается при поражении пары черепных нервов:
 - 1) IV
 - 2) V
 - 3) III
 - 4) V

#
9. При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия
 - 1) динамическая
 - 2) вестибулярная
 - 3) статическая
 - 4) сенситивная

#
10. Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении
 - 1) зрительного тракта
 - 2) зрительного перекреста

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 2) Щечный.
 - 3) Нижний альвеолярный.
 - 4) Крылонебные ветви.
 - #
111. Какой вегетативный узел относится к 2-й ветви тройничного нерва?
- 1) Ресничный.
 - 2) Крылонебный.
 - 3) Околоушный.
 - 4) Подъязычный.
- #
112. Для периферического (вялого) паралича характерно
- 1) повышение сухожильных рефлексов
 - 2) наличие патологических рефлексов
 - 3) атрофия мышц
 - 4) повышение мышечного тонуса
- #
113. Гипотрофия мышц характерна для поражения:
- 1) Центрального двигательного нейрона
 - 2) Периферического двигательного нейрона
 - 3) Мозжечка
- #
114. Битемпоральная гемианопсия наблюдается при поражении:
- 1) Зрительного тракта
 - 2) Медиальной части хиазмы
 - 3) Латеральной части хиазмы
 - 4) Сетчатки
- #
115. Синдром Фостера-Кеннеди бывает при:
- 1) опухолях мозжечка
 - 2) опухолях лобной доли
 - 3) опухолях теменной доли мозга
 - 4) опухолях затылочной доли
- #
116. Мышечный тонус при поражении периферического двигательного нейрона:
- 1) Снижается
 - 2) Повышается
 - 3) Не изменяется
 - 4) Ни один из вариантов
- #
117. Псевдобульбарный паралич развивается при поражении черепных нервов:
- 1) IX, X, XII
 - 2) IX, X, XI
 - 3) VIII, IX, X
 - 4) V, VII, X
- #
118. Кортикальный конец двигательного анализатора расположен в:
- 1) базальных ганглиях
 - 2) лобной доли
 - 3) прецентральной извилине
 - 4) постцентральной извилине
- #
119. Проба (верхняя и нижняя) для оценки степени пареза конечностей называется:
- 1) Вернике-Манна
 - 2) Барре
 - 3) Бабинского
 - 4) Ромберга
- #
120. Гиперрефлексия указывает на поражение:
- 1) периферического нерва
 - 2) спинно-мозгового корешка
 - 3) пирамидного тракта
 - 4) чувствительного нейрона
- #

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

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

141. При поражении языкоглоточного нерва наблюдается
- 1) нарушение вкуса на передних 2/3 языка
 - 2) парез гортани
 - 3) слюнотечение
 - 4) нарушение вкуса на задней 1/3 языка
- #
142. При повреждении наружных участков перекреста зрительных нервов периметрия выявляет
- 1) одностороннюю гомонимную гемианопсию
 - 2) нижнеквадрантную гемианопсию
 - 3) битемпоральную гемианопсию
 - 4) биназальную гемианопсию
 - 5) верхнеквадрантную гемианопсию
- #
143. Цилиоспинальный центр расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне сегментов
- 1) С6-С7
 - 2) С7-С8
 - 3) С8-Т2
 - 4) Т3-Т4
- #
144. В норме учащение пульса при исследовании вегетативных рефлексов вызывает проба
- 1) Ашнера (глазосердечный рефлекс)
 - 2) клиностагическая
 - 3) ортостагическая
 - 4) шейно-сердечная (синокаротидный рефлекс)
- #
145. С какими черепными нервами промежуточный нерв имеет общее вкусовое ядро одиночного пути?
- 1) С языкоглоточным.
 - 2) С блуждающим.
 - 3) С тройничным.
- #
146. Поражение ядра подъязычного нерва от надъядерного поражения отличается наличием
- 1) дизартрии
 - 2) ограничения подвижности языка
 - 3) фибрилляций
 - 4) сопутствующего поражения блуждающего нерва
 - 5) сочетанием с поражением блуждающего нерва
- #
147. Интенционное дрожание и промахивание при выполнении пальце-носовой пробы характерно
- 1) для статической атаксии
 - 2) для динамической атаксии
 - 3) для лобной атаксии
 - 4) для сенситивной атаксии
 - 5) для вестибулярной атаксии
- #
148. Гипотрофия мышц характерна для поражения:
- 1) Центрального двигательного нейрона
 - 2) Периферического двигательного нейрона
 - 3) Мозжечка
- #
149. При поражении тройничного (V) нерва возникает:
- 1) прозопарез
 - 2) нарушение чувствительности кожи лица
 - 3) слезотечение
 - 4) снижение слуха
 - 5) гиперacusия
- #
150. К нервам мостомозжечкового угла относят:
- 1) I и II нервы
 - 2) III, IV, VI черепно-мозговые нервы
 - 3) VII, VIII, VI, V черепно-мозговые нервы
 - 4) IX, X, XI, XII черепно-мозговые нервы
- #
151. Синдромом Аргайла - Робертсона называют

- 1) отсутствие реакции зрачков на свет при сохранной реакции на конвергенцию и аккомодацию
 - 2) отсутствие прямой реакции на свет при сохранной содружественной реакции
 - 3) отсутствие реакции зрачков на конвергенцию при сохранной реакции на свет
 - 4) отсутствие реакции на аккомодацию в сочетании с мидриазом
 - 5) отсутствие реакции на конвергенцию и аккомодацию в сочетании с анизокорией
- #
152. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении:
- 1) затылочной доли
 - 2) носовых ходов
 - 3) височной доли
 - 4) теменной доли
- #
153. Какие нервные волокна в системе лицевого и промежуточного нервов осуществляют иннервацию подчелюстной и подъязычной слюнных желез?
- 1) Большой каменистый нерв.
 - 2) Барабанная струна.
 - 3) Стременной нерв.
- #
154. Для выявления сенсорной афазии следует
- 1) проверить устный счет
 - 2) предложить больному назвать окружающие предметы
 - 3) предложить больному прочитать текст
 - 4) убедиться в понимании больным обращенной речи
- #
155. У больного внезапно развилось сходящееся косоглазие справа и двоение, усиливающееся при взгляде вправо. Функция какого нерва нарушена?
- 1) Тройничного
 - 2) Лицевого
 - 3) Отводящего
 - 4) Глазодвигательного
- #
156. Баллизм-это:
- 1) медленные червеобразные гиперкинезы кисти
 - 2) бросковые гиперкинезы конечностей
 - 3) вращательный гиперкинез туловища
 - 4) стереотипное сокращение отдельных групп мышц
- #
157. Болезнь Паркинсона может проявиться следующими синдромами:
- 1) хореоатетоидным
 - 2) акинетико-ригидным
 - 3) вестибуло-мозжечковым
 - 4) денторубральным
 - 5) все ответы правильные
- #
158. Паркинсонизм характеризуется:
- 1) брадикинезией
 - 2) гемибаллизмом
 - 3) торсионной дистонией
 - 4) дискинезией
- #
159. Для поражения глазодвигательного нерва (III) характерно:
- 1) симптом Белла
 - 2) сходящееся косоглазие
 - 3) ограничение движений глазного яблока кнаружи
 - 4) слезотечение
 - 5) расходящееся косоглазие
- #
160. Для периферического поражения подъязычного нерва (XII) характерно:
- 1) насильственный плач
 - 2) тошнота и рвота
 - 3) дисфагия
 - 4) девиация языка

- 5) афазия
#
161. При поражении добавочного нерва (XI) возникает:
- 1) бульбарный синдром
 - 2) псевдобульбарный синдром
 - 3) феномен Белла
 - 4) парез трапециевидной мышцы
 - 5) парез шилоглоточной мышцы
- #
162. Большой каменистый нерв является ветвью:
- 1) лицевого нерва
 - 2) языкоглоточного нерва
 - 3) предверно-улиткового нерва
 - 4) блуждающего нерва
 - 5) тройничного нерва
- #
163. Для нейропатии лицевого нерва типично
- 1) птоз
 - 2) гипестезия половины лица
 - 3) парез мимической мускулатуры половины лица
 - 4) расходящееся косоглазие
 - 5) нарушение жевания
- #
164. Для поражения отводящего нерва (VI) слева характерно:
- 1) отсутствие прямой фотореакции справа
 - 2) отсутствие содружественной фотореакции слева
 - 3) сходящееся косоглазие слева
 - 4) сходящееся косоглазие справа
 - 5) ограничение движений глазного яблока кнутри
- #
165. Через какое образование ветви V нерва не выходят на лицо?
- 1) надглазничная вырезка
 - 2) шило-сосцевидное отверстие
 - 3) подглазничное отверстие
 - 4) подбородочное отверстие
- #
166. К вестибулярному синдрому относится:
- 1) интенсивная, распирающая головная боль
 - 2) несистемное головокружение
 - 3) атаксия
 - 4) апраксия
 - 5) снижение брюшных рефлексов
- #
167. Альтернирующий синдром Вебера возникает при поражении:
- 1) ядер отводящего, лицевого (VI, VII) нервов и пирамидного пути
 - 2) ядра глазодвигательного нерва (III) и пирамидного пути
 - 3) ядра лицевого (VII) нерва и пирамидного пути
 - 4) ядер языкоглоточного и блуждающего (IX, X) нервов и пирамидного пути
- #
168. Лицевой (VII) нерв осуществляет иннервацию всего, кроме:
- 1) мимической мускулатуры
 - 2) вкусовой чувствительности на передних 2/3 языка
 - 3) стременной мышцы
 - 4) мышцы, поднимающей верхнее веко
 - 5) слезной и слюнных желез
- #
169. Псевдобульбарный синдром возникает при поражении:
- 1) заднего продольного пучка
 - 2) медиальной петли
 - 3) латеральной петли
 - 4) кортиконуклеарных путей с двух сторон
 - 5) двигательных ядер IX, X черепных нервов
- #

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

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

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

198. Нарушение статики и походки при спинной сухотке обусловлено
- 1) вялыми параличами ног
 - 2) мозжечковой атаксией
 - 3) сенситивной атаксией
 - 4) снижением зрения при табетической атрофии зрительных нервов
 - 5) табетической артропатией
- #
199. Наиболее эффективным методом лечения полирадикулонейропатии Гийена-Барре является:
- 1) назначение цитостатиков
 - 2) плазмаферез
 - 3) назначение антибиотиков
 - 4) назначение нестероидных противовоспалительных препаратов
 - 5) назначение антихолинэстеразных препаратов
- #
200. При отстаивании ликвора больного туберкулезным менингитом через 12-24 ч может быть обнаружена
- 1) опалесценция
 - 2) фибриновая пленка
 - 3) ксантохромия
 - 4) осадок эритроцитов
- #
201. Первой мерой помощи на месте приступа больному с эпилептическим статусом является
- 1) бережная иммобилизация головы
 - 2) иммобилизация конечностей
 - 3) введение воздуховода в ротоглотку
 - 4) дача ингаляционного наркоза с закисью азота
- #
202. Давление спинномозговой жидкости 360мм. вод. ст. Ликвор мутный. Цитоз 2416 преимущественно за счёт
- 1) нейтрофилов, количество белка 2,96 г/л. Для какой патологии характерно изменение ликвора?
 - 2) серозный менингит
 - 3) энцефалит
 - 4) туберкулёзный менингит
 - 5) гнойный менингит
 - 6) полирадикулоневрит
- #
203. Основным звеном в патогенезе болезни Паркинсона является дегенерация:
- 1) скорлупы
 - 2) хвостатого ядра
 - 3) черной субстанции
 - 4) мозжечка
- #
204. К демиелинизирующим относится полинейропатия
- 1) Гийена - Барре
 - 2) диабетическая
 - 3) порфирийная
 - 4) гипотиреозная
- #
205. Для полинейропатии Гийена - Барре характерно все, кроме
- 1) поражение черепных нервов
 - 2) расстройств чувствительности
 - 3) стойкая двусторонняя пирамидная симптоматика
 - 4) белково-клеточная диссоциация в ликворе
 - 5) восходящий тип развития симптоматики
- #
206. Синдром полинейропатии проявляется:
- 1) слабостью дистальных отделов конечностей;
 - 2) расстройством чувствительности в дистальных отделах конечностей;
 - 3) вегетативными нарушениями в кистях и стопах;
 - 4) всем перечисленным;
 - 5) все ответы неправильные
- #
207. Для полного травматического разрыва периферического нерва характерны
- 1) боль при перкуссии по ходу нерва ниже места повреждения

- 2) парестезия в зоне иннервации поврежденного нерва
 - 3) вялый паралич и анестезия в зоне иннервации поврежденного нерва
 - 4) все перечисленное
- #
208. Невралгия — это
- 1) воспаление нерва
 - 2) повреждение нерва
 - 3) боль по ходу нерва
 - 4) атрофия нерва
- #
209. Наиболее эффективным методом лечения полирадикулонейропатии Гийена-Барре является:
- 1) назначение цитостатиков
 - 2) плазмаферез
 - 3) назначение кортикостероидов
 - 4) назначение нестероидных противовоспалительных препаратов
 - 5) назначение антихолинэстеразных препаратов
- #
210. При шейном остеохондрозе чаще поражается артерия
- 1) основная
 - 2) позвоночная
 - 3) внутренняя сонная
 - 4) наружная сонная
 - 5) затылочная
- #
211. Этиологическими факторами идиопатической эпилепсии является
- 1) генная мутация
 - 2) родовая травма
 - 3) гемолитическая болезнь новорожденных
 - 4) черепно-мозговая травма
 - 5) нарушение электролитного баланса
- #
212. Выберите противосудорожные препараты:
- 1) препараты вальпроевой кислоты (депакин)
 - 2) кавинтон
 - 3) стугерон
 - 4) преднизолон
 - 5) прозерин
- #
213. К противосудорожным препаратам не относятся:
- 1) фенобарбитал
 - 2) бензонал
 - 3) допамин
 - 4) финлепсин
 - 5) дифенин
- #
214. Первой мерой помощи на месте приступа больному с эпилептическим статусом является
- 1) бережная иммобилизация головы
 - 2) иммобилизация конечностей
 - 3) введение воздуховода в ротоглотку
 - 4) дача ингаляционного наркоза с закисью азота
- #
215. Клоническая фаза генерализованного эпилептического припадка:
- 1) продолжается 1-5 мин
 - 2) сочетается с ясным сознанием больного
 - 3) сопровождается резким сужением зрачка
 - 4) никогда не сопровождается непроизвольным мочеиспусканием
 - 5) сопровождается громким криком или стоном
- #
216. Больной оперирован в стоматологическом отделении по поводу кисты околоушной слюнной железы справа, после чего у пациента возникли следующие симптомы: не может собрать в складку лобную мышцу, имеется редкое мигание, слезотечение из правого глаза, веки не смыкаются, сглажена правая носогубная складка, симптом «ракетки» справа. Какой нерв пострадал вследствие хирургического вмешательства?

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

225. Больной обратился к врачу с жалобами на боли в правом глазном яблоке, слезотечение, покраснение глаза. В области кожи лба герпетические высыпания. Глазное яблоко при пальпации болезненно. Определить синдром.
- 1) Синдром Оппенгейма, поражение ресничного узла
 - 2) Синдром Чарлина, невралгия носоресничного нерва
 - 3) Синдром Ханта, невралгия узла коленца
 - 4) Синдром Сладера, поражение крылонебного узла
- #
226. Во время приступа мигрени наиболее эффективны:
- 1) НПВС
 - 2) антидепрессанты
 - 3) эрготаминсодержащие препараты
 - 4) сосудорасширяющие средства
 - 5) бета-адреноблокаторы
- #
227. При невралгии тройничного нерва для купирования приступа какой препарат следует выбрать?
- 1) Анальгин.
 - 2) Карбамазепин.
 - 3) Витамин B12.
 - 4) Сульфадимитоксин.
- #
228. Определить какой симптом будет постоянным при невралгии узла коленца, синдроме Ханта?
- 1) периферический парез лицевого нерва.
 - 2) герпетические высыпания в области ушной раковины.
 - 3) снижение слуха.
 - 4) гемикраниалгия.
- #
229. У больного внезапно развилась следующая неврологическая симптоматика в правой половине лица: больной не может поднять бровь, зажмурить глаз, надуть щеку, открыть рот в полном объеме, имеется слезотечение справа. Функция какого нерва нарушена?
- 1) тройничного.
 - 2) лицевого.
 - 3) языкоглоточного.
 - 4) глазодвигательного
- #
230. Определить уровень поражения лицевого нерва, если у больного выявляется слева сухость глаза, симптом Белла, сглаженность носогубной складки, нарушение вкуса на передних 2/3 языка, лагофтальм, гиперacusia.
- 1) область околоушной слюнной железы.
 - 2) внутренняя капсула.
 - 3) ствол мозга.
 - 4) канал лицевого нерва.
- #
231. Определить какой симптом будет постоянным при невралгии узла коленца, синдроме Ханта?
- 1) периферический парез лицевого нерва.
 - 2) герпетические высыпания в области ушной раковины.
 - 3) снижение слуха.
 - 4) гемикраниалгия.
- #
232. У больного приступы болей в области корня языка, распространяющиеся на мягкое небо, горло, ухо. Приступы провоцируются движениями языка, приемом горячей пищи, слюна на стороне боли более вязкая. При пальпации болезненность в области угла нижней челюсти на одноименной стороне. Определить синдром.
- 1) невралгия нижнечелюстного нерва.
 - 2) невралгия тройничного нерва.
 - 3) невралгия языкоглоточного нерва.
 - 4) невралгия верхнегортанного нерва.
- #
233. Больного беспокоят приступообразные боли в височной области слева, кпереди от наружного слухового прохода, боль иррадирует в нижнюю челюсть, зубы, шею. Определить синдром.
- 1) синдром крылонебного узла.
 - 2) поражение ушного узла.
 - 3) невралгия ушно-височного нерва.

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

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

- 3) Снижение слуха.
4) Гемикраниалгия.
#
253. Наиболее эффективным методом патогенетической терапии невралгии тройничного нерва является назначение
1) анальгетиков
2) спазмолитиков
3) противосудорожных средств
4) нейролептиков
5) ничего из перечисленного
#
254. Для лечения посттравматической головной боли, обусловленной внутричерепной гипертензией, назначают все, кроме
1) центральные антигипертензивные средства
2) осмотические диуретики
3) глицерин
4) салуретики
#
255. Сотрясение головного мозга в сочетании с повреждением мягких тканей относится к черепно-мозговой травме легкой открытой
1) легкой закрытой
2) открытой средней тяжести
3) закрытой средней тяжести
#
256. Необходимым условием начала лечения больного с тяжелой черепно-мозговой травмой является
1) введение в вену кардиотонических средств
2) введение в вену антигипертензивных средств
3) освобождение дыхательных путей от инородных тел
4) иммобилизация шейного отдела позвоночника
#
257. Для лечения внутричерепной гипертензии при острой тяжелой черепно-мозговой травме применяют все, кроме
1) осмотические диуретики
2) глюкокортикоидные препараты
3) салуретики
4) 40% раствор глюкозы
#
258. Сотрясение головного мозга в сочетании с повреждением мягких тканей относится к черепно-мозговой травме
1) легкой открытой
2) легкой закрытой
3) открытой средней тяжести
4) закрытой средней тяжести
#
259. Согласно современной классификации черепно-мозговой травмы не выделяют
1) ушиб головного мозга легкой степени тяжести
2) сдавление головного мозга вследствие эпидуральной гематомы
3) сотрясение головного мозга тяжелой степени
4) сдавление головного мозга на фоне его ушиба
#
260. Проникающей называют черепно-мозговую травму
1) при ушибленной ране мягких тканей
2) при повреждении апоневроза
3) при переломе костей свода черепа
4) при повреждении твердой мозговой оболочки
5) при повреждении мягких тканей и переломе костей черепа
#
261. Развитие при черепно-мозговой травме гемипареза свидетельствует
1) о сотрясении головного мозга
2) об ушибе мозга
3) о внутричерепной гипертензии
4) о субарахноидальном кровоизлиянии
#

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

4) слепоты на один глаз

#

272. Наиболее часто встречаются невриномы нерва

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

#

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

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

#

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

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

#

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Общая неврология (8 семестр)

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

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

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

48. У больной 15 лет после поездки в автобусе, где она сидела у открытого окна, появились боли в заушной области. Через 2 дня обнаружила, что левый глаз плохо закрывается, рот перетянут в правую сторону, жидкая пища выливается из левого угла рта. Объективно : отмечается асимметрия лица, на левой половине лица лобные складки сглажены, левый глаз шире правого. Левая носогубная складка сглажена. Рот перетянут вправо. При нахмуривании левая бровь 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?

49. Больная 16 лет поступила в неврологическое отделение с жалобами на приступы болей в области правой половины лица. Болеет около 2 лет. Боли возникают внезапно и носят очень острый, режущий характер. Приступы болей длятся 10 –15 секунд. Боли возникают во время разговора, жевания, глотания, при прикосновении около крыла носа справа. Боль начинается в области верхней губы и распространяется на верхние зубы и скуловую кость справа. Во время приступа болей наблюдается спазм мимической мускулатуры правой половины лица, кожные покровы на стороне лица краснеют. Между приступами в неврологическом статусе отмечается болезненность при пальпации инфраорбитальной точки справа, гиперестезия в области верхней челюсти справа. Другой симптоматики не выявлено. Какой диагноз Вы поставите больному?

50. Мальчик 10, жалуется на асимметрию лица – не закрывается правый глаз, рот перетянут в левую сторону, слезотечение из левого глаза. Жалобы появились вчера, накануне отмечалось переохлаждение. отмечается асимметрия лица, на правой половине лица лобные складки сглажены, правый глаз шире левого. Правая носогубная складка сглажена. Рот перетянут влево. При нахмуривании правая бровь 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?

ЗАДАНИЯ ДЛЯ РУБЕЖНОГО КОНТРОЛЯ

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

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

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

ТЕМЫ ДОКЛАДОВ И ПРЕЗЕНТАЦИЙ (8 семестр)

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

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ (8 семестр)

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

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

Общая неврология (8 семестр)

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

Частная неврология (8 семестр)

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

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

Нейростоматология (8 семестр)

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

Практические навыки (8 семестр)

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

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 инфо рмация не- систематизирована и не последовательна.	Представляемая информация систематизирована и последовательна.	Представляемая информация систематизирована, последовательна и логически связана.	
Оформление	Не соблюдены условия оформления реферата. Больше 4 ошибок в представляемой информации	3-4 ошибки в представляемой инф ормации	Не более 2-х ошибок в представляемой информации	Отсутствуют ошибки в представленной информации	
Ответы на Вопросы	Нет ответов на вопросы	Только ответы на элементарные вопросы	Ответы на вопросы полные или частично полные.	Ответы на вопросы полные с приведением примеров и пояснений	
Итоговая оценка	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично	

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРЕЗЕНТАЦИИ

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

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

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

«Отлично» - 85-100 % правильных ответов

«Хорошо» - 70-84 % правильных ответов

«Удовлетворительно» - 60-69% правильных ответов

«Неудовлетворительно» - менее 60% правильных ответ

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

Устный опрос

При оценке устного опроса учитываются следующие критерии:

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

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

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

Отметкой **(70-84)** оценивается ответ, который показывает хорошие знания в вопросах общей и частной неврологии, особенностей постановки топического и клинического диагнозов, этиологии, патогенеза и течения неврологических заболеваний, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза. Дает не полный ответ или не ориентируется по 1 – 2 вышеперечисленным элементам.

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

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

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ (в %)

Отметкой **(85-100)** оценивается правильное выполнение методики неврологического осмотра пациента, студент называет способы исследования, демонстрирует методику исследования, дает четкие инструкции при проведении проб, соблюдает 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 «Стоматология»

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

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

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

СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПО НЕВРОЛОГИИ

ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ – содержит реквизиты университета, название кафедры, ФИО студента с указанием группы и курса, ФИО, должность, звание и степень преподавателя.

Пример оформления:

КРСУ

Зав.кафедрой: звание, степень, ФИО

Преподаватель: звание, степень, ФИО

История болезни

ФИО больного

Клинический диагноз

Куратор: ФИО студента, курс, группа

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ:

Фамилия, имя, отчество.

Домашний адрес.

Дата заболевания.

Дата поступления.

Место работы, специальность.

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

Анамнез жизни: Условия жизни и воспитания в семье. Образование. Заболевания, перенесенные в детстве особо отметить: припадки, заикание, снохождение, ночное недержание мочи и во взрослом состоянии. Интоксикация: алкоголь, табак, пищевые и др. Физические травмы, перенесенные операции. Травмы черепа и позвоночника, расстройства в остром периоде и последствия. Психические перенапряжения, конфликтные ситуации и реакция на них. Трудовая деятельность: профессия, квалификация и стаж работы, условия труда. Профессиональные вредности. Работоспособность до болезни и в связи с настоящим заболеванием. Половая жизнь, с какого возраста. У женщин - начало менструаций, беременности, аборт, выкидыши. Семейное положение, состав семьи. Родство между родителями. Заболевания у ближайших родственников

Status praesens objectivus (данные объективного осмотра):

Соматический статус (по стандартной схеме)

Неврологический статус:

Состояние сознания, наличие общемозговой симптоматики.

Менингеальные симптомы.

Стигмы дисэмбриогенеза.

Форма черепа.

Черепные нервы (с 1 по 12 пары)

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

Сухожильные рефлексy

Патологические рефлексy

Координаторная сфера

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

Высшая нервная деятельность.

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