

Министерство науки и высшего образования РФ
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»
ИНСТИТУТ МЕДИЦИНЫ, ЭКОЛОГИИ И ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

МАШИН В.В., КОТОВА Е.Ю., ЗОЛУХИНА Н.Е.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Форма обучения: очная

Ульяновск, 2023 г.

УДК
ББК
С

*Рекомендовано к введению в образовательный процесс
решением Ученого совета
Института медицины, экологии и физической культуры
Ульяновского государственного университета
Протокол №9/250 от 17 мая 2023 г.*

Рецензенты – заведующий кафедрой факультетской терапии, д.м.н., профессор Рузов В.И.; заведующий кафедрой терапии и профессиональных болезней, д.м.н., профессор Шутов А.М.

Машин В.В.

С . Государственная итоговая аттестация: методические рекомендации к государственной итоговой аттестации / В.В. Машин, Е.Ю. Котова, Н.Е. Золотухина – Ульяновск : УлГУ, 2023.

Методические рекомендации к Государственной итоговой аттестации. В структуру входят указания для ординаторов по каждой изучаемой теме согласно плану аудиторных практических работ. Методическое пособие предназначено для ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.42 — Неврология.

© Машин В.В., 2023
© Ульяновский государственный университет, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
Цель освоения дисциплины.....	4
Задачи освоения дисциплины.....	4
Предполагаемые результаты (компетенции).....	4
Тесты.....	7
Задания для проверки практических навыков.....	50
Ситуационные задачи	50
Перечень вопросов для итоговой государственной аттестации.....	55
Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины.....	57

Введение

Методические рекомендации подготовлены в соответствии с требованиями рабочих программ и содержат методические указания по основным разделам Государственной итоговой аттестации согласно действующему учебному плану. Методическое пособие предназначено для ординаторов факультета Последипломного медицинского и фармацевтического образования.

Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена (Государственная итоговая аттестация) относится к Блоку 3 Государственная итоговая аттестация Обязательная часть Учебного плана основной образовательной программы высшего образования подготовки ординаторов Института медицины, экологии и физической культуры Ульяновского государственного университета.

Цели государственной итоговой аттестации:

Государственная итоговая аттестация проводится в целях определения соответствия результатов освоения ординаторами образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по соответствующей образовательной программе высшего образования.

Задачи государственной итоговой аттестации:

1. Приобретение профессиональных знаний и умений.
2. Формирование у обучаемого клинического мышления.
3. Владение практическими навыками и компетенциями.

Предполагаемые результаты (компетенции)

Универсальные компетенции выпускника, освоившего программу ординатуры.

В результате освоения программы ординатуры у выпускника должны быть сформированы универсальные, общепрофессиональные и профессиональные компетенции.

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

- Способен критически и системно анализировать достижения в области медицины и фармации, определять возможности и способы их применения в профессиональном контексте (УК-1);
- Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им (УК-2);
- Способен руководить работой команды врачей, младшего и среднего медицинского

- персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи (УК-3);
- Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности (УК-4);
- Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории (УК-5).

Общепрофессиональные компетенции выпускника, освоившего программу ординатуры.

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать общепрофессиональными компетенциями:

- Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности (ОПК-1);
- Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ОПК-2);
- Способен осуществлять педагогическую деятельность (ОПК-3);
- Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов (ОПК-4);
- Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность (ОПК-5);
- Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов (ОПК-6);
- Способен проводить в отношении пациентов экспертизу (ОПК-7);
- Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения (ОПК-8);
- Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала (ОПК-9);
- Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (ОПК-10).

Профессиональные компетенции выпускника, освоившего программу ординатуры.

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:

- Способен проводить обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нервной системы в амбулаторных условиях и условиях стационара (ПК-1);
- Способен разработать план лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нервной системы (ПК-2);
- Способен составить план и реализовать индивидуальную программу восстановительного лечения (ПК-3);
- 1. Способен составить индивидуальную программу первичной и вторичной профилактики, организовать контроль за её реализацией и оценкой эффективности при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы (ПК-4);
- Способен составить план по оказанию необходимого объема паллиативной медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы (ПК-5);
- Способен участвовать в проведении отдельных видов медицинских освидетельствований, медицинских осмотров (ПК-6);
- Способен составить план работы и отчета о своей работе, вести медицинскую документацию, проводить противоэпидемические мероприятия в случае возникновения

очага инфекции (ПК-7);.

- Способен распознавать неотложные состояния при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, оказывать и оценивать медицинскую помощь в экстренном порядке пациентам в случаях, представляющих угрозу их жизни, применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме (ПК-8).

ОБЩИЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственный экзамен проводится устно или письменно и состоит из 3-х этапов, включает следующие обязательные аттестационные испытания: 1 этап- проверка уровня общей теоретической подготовленности (междисциплинарное тестирование); 2 этап-проверка уровня освоения практических навыков (практические умения); 3 этап- оценка умений решать профессиональные задачи в ходе собеседования по теоретическим вопросам (междисциплинарное собеседование). Результаты первого аттестационного испытания являются основанием для допуска к последующему этапу.

Результаты всех этапов определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Оценка за государственный экзамен выставляется как средняя оценка за 3 этапа испытаний.

ГИА проводится по утвержденной программе, содержащей перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен и рекомендаций обучающихся по подготовке к экзамену, в том числе перечень рекомендуемой литературы для подготовки. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу междисциплинарного государственного экзамена.

Экзаменационные билеты, методические рекомендации, программа ГИА готовятся выпускающей кафедрой. Банк заданий в тестовой форме, заданий для проверки умений, навыков, ситуационные задачи разрабатываются в полном соответствии с реализуемыми рабочими программами изучаемых курсов.

1 этап – междисциплинарное тестирование. Проводится по банку заданий в тестовой форме. Каждый студент отвечает на 60 вопросов из предлагаемых ответов на каждый вопрос 1 ответ правильный. Время для ответа на 1 вопрос в среднем 1 минута, общее время для ответа на 60 вопросов составляет 60 минут. Возможен компьютерный и бумажный вариант выполнения заданий. Результат знаний объявляется студентам в этот же день в виде количественной оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно», студент получивший «неудовлетворительно» не допускается к следующему этапу.

2 этап – проверка сформулированности компетенций по выполнению практических заданий, позволяющих ординатору демонстрировать умения и навыки. Задания данного этапа оформлены в виде экзаменационного билета. Количество билетов на 1/3 превышает количество сдающих ординаторов. Время для подготовки на II этапе государственного экзамена - 20 мин, время для ответа - 10 мин. Второй этап оценивается отметкой «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

3 этап – собеседование по теоретическим вопросам. На подготовку к ответу дается время 30 минут, для ответа 10 минут. Третий этап оценивается отметкой «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Пример вопросов по государственному экзамену и критерии шкалы оценивания приведены в фонде оценочных средств программы ГИА.

Тесты

Индекс компетенции	№ задания	Тест (тестовое задание)
Раздел 1. «Семиотика и топографическая анатомия заболеваний нервной системы»		
УК1	1	Синдром, характерный для половинного поражения спинного мозга: а) Вебера б) Броун-Секара в) Джексона г) Мийяра— Гублера д) Валленберга-Захарченко
УК1	2	При полиневротическом типе расстройства чувствительности наступает: контралатеральная гемианестезия анестезия всех видов чувствительности с уровня пораженного сегмента гомолатеральная гемианестезия анестезия всех видов чувствительности по типу «перчаток» или «носков». д) контралатеральная моноанестезия
УК1	3	При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы: а) верхней прямой б) наружной прямой в) нижней прямой г) нижней косой д) верхней косой
УК1	4	Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия: а) мозжечковая б) сенситивная в) вестибулярная г) корковая д) ничего из перечисленного

ПК-1	5	Полушарный парез зора (больной смотрит на очаг поражения) связан с поражением доли: а) лобной б) височной в) теменной г) затылочной д) ничего из перечисленного
ПК-1	6	Битемпоральная гемианопсия наблюдается при поражении центральных отделов перекреста зрительных нервов наружных отделов перекреста зрительных нервов зрительных трактов перекреста зрительных нервов зрительной лучистости с двух сторон ничего из перечисленного
ПК-1	7	Амнестическая афазия наблюдается при поражении: а) лобной доли б) теменной доли в) стыка лобной и теменной доли г) стыка височной и теменной доли д) затылочной доли
ПК-1	8	При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы: а) верхней прямой б) наружной прямой в) нижней прямой г) нижней косой д) верхней косой
ПК-1	9	У больного определяются следующие симптомы: фотопсия, сужение полей зрения, зрительная агнозия. Наиболее вероятно, что процесс локализуется: в лоб а) лобной доле в теме б) теменной доле в) в затылочной доле г) в м г) мосто-мозжечковом углу д) в височной доле
ПК-1	10	Скудная, грамматически неправильная речь с малым количеством глаголов, длительные паузы при подборе слова, слова-эмболы – это: а) сенсорная афазия б) моторная афазия в) амнестическая афазия г) семантическая афазия д) скандированная речь
ПК-1	11	Альтернирующий синдром Фовилля характеризуется одновременным вовлечением в патологический процесс нервов: а) лицевого и отводящего б) лицевого и глазодвигательного в) языкоглоточного нерва и блуждающего

		г) подъязычного и добавочного д) лицевого и подъязычного
ПК-1	12	Истинное недержание мочи возникает при поражении: а) гру а) среднего отдела спинного мозга б) вну б) внутренней капсулы в) в) конуса спинного мозга г) шейного утолщения д) д) затылочной доли головного мозга
ПК-1	13	Тип нарушения чувствительности при поперечном поражении спинного мозга: а) корешковый б) сегментарный в) диссоциированный г) проводниковый д) полиневритический
ПК-1	14	Алексия развивается при поражении: а) лобной доли доминантного полушария б) лобной доли субдоминантного полушария в) теменной доли субдоминантного полушария г) теменной доли доминантного полушария д) височной доли
ПК-1	15	У больного, который не понимает своей речи и окружающих лиц, очаг поражения расположен: а) в височной доле доминантного полушария б) в теменной доле доминантного полушария в) в лобной доле доминантного полушария г) в затылочной доле доминантного полушария д) в мозжечке
ПК-1	16	При птозе, расширении зрачка слева и правостороннем гемипарезе очаг расположен: в четве а) четверохолмии б) во внут б) во внутренней капсуле слева в) в мосту в) в мосту мозга слева г) в левой ножке мозг д) в подкорковых ядрах
ПК-1	17	Альтернирующий синдром Фовилля характеризуется одновременным вовлечением в патологический процесс нервов: а) лицевого и отводящего б) лицевого и глазодвигательного в) языкоглоточного нерва и блуждающего г) подъязычного и добавочного д) лицевого и подъязычного
ПК-1	18	Расстройство схемы тела отмечается при поражении: а) височн а) височной доли доминантного полушария б) височн б) височной доли недоминантного полушария

		<p>в) теменн в) теменной доли доминантного полушария г) теменной доли недоминантного полушария д) затылочной доли</p>
ПК-1	19	<p>Выпадение верхних квадрантов полей зрения наступает при поражении: а) наружных отделов зрительного перекреста б) язычной извилины в) глубинных отделов теменной доли г) первичных зрительных центров в таламусе д) ничего из перечисленного</p>
ПК-1	20	<p>Астереогноз обусловлен поражением: а) теменной доли б) затылочной доли в) височной доли г) лобной доли. д) все перечисленное</p>
ПК-1	21	<p>У больного имеется астереогноз, апраксия, акалькулия. Где локализуется патологический процесс: а) в левой височной доли б) в левой лобной доле в) в правой височной доле г) в левой теменной доле д) в левой затылочной</p>
ПК-1	22	<p>Следующий симптом характерен для поражения лицевого нерва: а) боли в половине лица б) гипестезия на половине лица в) парез мимической мускулатуры г) парез жевательной мускулатуры д) птоз</p>
ПК-1	23	<p>Быстрая и обильная речь с большим количеством «оговорок» (парафазий), трудности понимания обращенной речи – это: а) сенсорная афазия б) моторная афазия в) амнестическая афазия г) семантическая афазия д) дизартрия</p>
ПК-1	24	<p>Потеря памяти на события, следующие за возвращением сознания после травмы, определяется понятием: а) антероградная амнезия б) ретроградная амнезия в) фиксационная амнезия г) прогрессирующая амнезия д) гипомнезия</p>
ПК-1	25	<p>Акинетический мутизм обычно вызван поражением: а) лобных долей б) теменных долей</p>

		<p>в) затылочных долей г) мозжечка д) продолговатого мозга</p>
Раздел 2. «Методы исследования в неврологии»		
ПК-1	26.	<p>Следующий предмет используют для проверки функций VIII пары черепных нервов: а) набор ароматов б) камертон в) набор растворов разного вкуса г) пробирки с холодной и горячей водой д) иголки</p>
ПК-1	27.	<p>Рефлекс Чеддока (патологический стопный рефлекс разгибательного типа) вызывают: а) давлен а) давлением икроножной мышцы б) сдавле б) сдавлением ахиллова сухожилия в) штрихо в) штриховым раздражением подошвы г) штриховым раздражением кожи наружной лодыжки д) ничего из перечисленного</p>
ПК-1	28.	<p>Для выявления асинергии с помощью пробы Бабинского следует предложить больному: а) коснут а) дотронуться пальцем кончика носа б) осущес б) осуществить быструю пронацию-супинацию вытянутых рук в) с в) сесть из положения лежа на спине со скрещенными на груди руками г) стоя, отклониться назад д) стоя, отклониться вперед</p>
ПК-1	29.	<p>Следующее движение, в ответ на штриховое раздражение стопы, свидетельствует о положительном симптоме Бабинского: а) тыльное сгибание пальцев ноги б) сгибание в коленном и тазобедренном суставах в) разгибание I пальца стопы г) появление клонуса стопы д) «кивание» пальцев стопы</p>
ПК-1	30.	<p>Быстрая и обильная речь с большим количеством «оговорок» (парафазий), трудности понимания обращенной речи – это: а) сенсорная афазия б) моторная афазия в) амнестическая афазия г) семантическая афазия д) дизартрия</p>
ПК-1	31.	<p>Укажите пробу, определяющую интенционное дрожание: а) пальце-носовая б) диадохокинез в) проба Ромберга г) миопопадание</p>

		д) противоудара
ПК-1	32.	Замыкание дуги рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы плеча происходит на уровне следующих сегментов спинного мозга а) С3-С4 б) С5-С6 в) С7-С8 г) С8-Т1 д) Т1-Т2
ПК-1	33.	Для выявления конструктивной апраксии следует предложить больному: а) поднять руку б) коснуться правой рукой левого уха в) сложить заданную фигуру из спичек г) выполнить различные движения по подражания д) определить предмет с закрытыми глазами на ощупь
ПК-1	34.	Следующее движение, в ответ на штриховое раздражение стопы, свидетельствует о положительном симптоме Бабинского: а) тыльное сгибание пальцев ноги б) сгибание в коленном и тазобедренном суставах в) разгибание I пальца стопы г) появление клонуса стопы д) «кивание» пальцев стопы
ПК-1	35.	Мозжечковая проба, с помощью которой выявляют статическую атаксию: а) проба Ромберга б) пальце-носовая в) коленно-пяточная г) противоудара д) дисметрия
ПК-1	36.	Рефлекс Чеддока (патологический стопный рефлекс разгибательного типа) вызывают: а) сдавлением икроножной мышцы б) сдавлением ахиллова сухожилия в) штриховым раздражением подошвы г) штриховым раздражением кожи наружной лодыжки д) ничего из перечисленного
ПК-1	37.	Укажите пробу, определяющую интенционное дрожание: а) пальце-носовая б) диадохокинез в) проба Ромберга г) мимопопадание д) противоудара
ПК-1	38.	Нейрогенные нарушения мочеиспускания характерны для поражения: а) височной доли б) теменной доли в) затылочной доли

		г) мозжечка д) спинного мозга
ПК-1	39.	Проведение отоневрологической калорической пробы противопоказано: а) при остром нарушении мозгового кровообращения б) при внутричерепной гипертензии в) при дисциркуляторной энцефалопатии г) при перфорации барабанной перепонки д) при всем перечисленном
ПК-1	40.	Основными методами диагностики субарахноидального кровоизлияния и его причин являются все кроме: а) люмбальная пункция б) УЗДГ МАГ в) Ангиография г) КТ головного мозга д) МРТ головного мозга
ПК-1	41.	Абсолютным противопоказанием для проведения церебральной ангиографии является: а) подозрение на внутримозговую гематому б) наличие очаговых неврологических расстройств в) артериальная гипертензия г) непереносимость контрастного вещества д) наличие сопорозного состояния у больного
ПК-1	42.	Для выявления конструктивной апраксии следует предложить больному: а) поднять руку б) коснуться правой рукой левого уха в) сложить заданную фигуру из спичек г) выполнить различные движения по подражания д) определить предмет с закрытыми глазами на ощупь
ПК-1	43.	Для выявления асинергии с помощью пробы Бабинского следует предложить больному: а) коснуться пальцем кончика носа б) осуществить быструю пронацию-супинацию вытянутых рук в) сесть из положения лежа на спине со скрещенными на груди руками г) стоя, отклониться назад д) стоя, отклониться вперед
ПК-1	44.	Следующий предмет используют для проверки функций VIII пары черепных нервов: а) набор ароматов б) камертон в) набор растворов разного вкуса г) пробирки с холодной и горячей водой д) иголки
ПК-1	45.	Наиболее информативны данные магнитно-резонансной томографии головного мозга при диагностике: а) экстракраниальных стенозов магистральных артерий мозга

		б) врожденных аномалий сосудов мозга в) стенозов, тромбозов крупных мозговых артерий г) демиелинизирующего процесса д) ничего из перечисленного
ПК-1	46.	Какой инструментальный метод исследования наиболее информативен в дифференциальной диагностике ишемического и геморрагического инсульта: а) элект а) электроэнцефалография б б) компьютерная томография в) крани в) краниография г) реоэн г) реонцефалография д д) электромиография.
ПК-1	47.	Признаком эпилептической активности на ЭЭГ является: а) синхр а) синхронизированный альфа – ритм б) десин б) десинхронизированная ЭЭГ в в) комплекс «пик – волна» г) усиле г) усиление тета – ритма д д) ничего из перечисленного
ПК-1	48.	Функцию следующего нерва проверяют с помощью набора тонких запахов: а) I б) II в) III г) IV д) IX
ПК-1	49.	Противопоказанием для проведения магнитно-резонансной томографии является: а) аллер а) аллергия к йоду б) открыт б) открытая черепно-мозговая травма в) выраже в) выраженная внутричерепная гипертензия г) наличие инородных металлических тел д) кровоизлияние в опухоль мозга
ПК-1	50.	Наиболее информативный метод диагностики спондилогенной миелопатии: а) спондилография б) УЗДГ в) КТ головного мозга г) ангиогр г) ангиография д) МРТ позвоночника
ПК-1	51.	Дополнительным методом диагностики рассеянного склероза является: а) ангио а) ангиография б) ЭЭГ в) УЗДГ г) КТ головного мозга д) МРТ головного мозга с КУ

ПК-1	52.	<p>Абсолютным противопоказанием для проведения церебральной ангиографии является:</p> <p>а) подозр а) подозрение на внутримозговую гематому б) наличи б) наличие очаговых неврологических расстройств в) артери в) артериальная гипертензия г) непереносимость контрастного вещества д) наличие сопорозного состояния у больного</p>
ПК-1	53.	<p>Наиболее информативный метод диагностики эпилепсии:</p> <p>а) эхо-ЭГ а) эхо ЭГ в) КТ гол б) УЗДГ в) КТ головного мозга г) ЭЭГ д) МРТ головного мозга</p>
ПК-1	54.	<p>Допустимая величина смещения М–ЭХО в норме составляет:</p> <p>а) 0 – 2 мм; б) 0 – 5 мм; в) 0 – 8 мм. г) 0 - 10 мм д) 0 – 12 мм</p>
ПК-1	55.	<p>Основными методами диагностики субарахноидального кровоизлияния и его причин являются все кроме:</p> <p>а) люмбальная пункция б) УЗДГ МАГ в) ангиография г) КТ головного мозга д) МРТ головного мозга</p>
ПК-1	56.	<p>Противопоказанием для проведения спинномозговой пункции является:</p> <p>а) геморрагический инсульт б) гнойн б) гнойный менингит в) абсце в) абсцессс головного мозга г г) дислокационный синдром д д) ничего из перечисленного</p>
ПК-1	57.	<p>Противопоказанием для проведения магнитно-резонансной томографии является:</p> <p>а) аллер а) аллергия к йоду б) открытая черепно-мозговая травма в) выра в) выраженная внутричерепная гипертензия г г) наличие инородных металлических тел д д) кровоизлияние в опухоль мозга</p>
Раздел 3. «Принципы и методы лечения неврологических больных»		
ПК-2	58.	<p>Суточная доза соннапакса (тиоридазина) для детей раннего школьного возраста составляет:</p> <p>а) 2.5-5 мг б) 5-10 мг в) 10-30 мг г) 50-10 г) 50-100 мг</p>

		д) 200-300 мг
ПК-2	59.	При лечении нейролептиками с сильным антипсихотическим действием часто развиваются: а) мозж а) мозжечковые расстройства б) экстрапирамидные расстройства в) вестибулярные расстройства г) координаторные расстройства д) слуховые и зрительные галлюцинации
ПК-2	60.	Индометацин не рекомендуется назначать детям: а) до 5 а) до 5 лет б) до 7 лет в) до 10 лет г) до 12 лет д) до 16 лет
ПК-2	61.	Разовая доза фенибута для детей до 8 лет составляет: а) 5-10 а) 5-10 мг б) 20-3 б) 20-30 мг в) 50-100 мг г) 150-200 мг д) 250 мг
ПК-2	62.	Для коррекции патологической мышечной спастичности при рассеянном склерозе целесообразно назначить один из следующих ГАМК-ергических препаратов: а) ами а) аминалон б) фен б) фенибут в) баклофен г) пант г) пантогам д) актовегин
ПК-2	63.	Для длительного лечения миастении используют: а) вита а) витамин В1 б) вита б) витамин В6 в) вита в) витамин В12 г) калимин д) пирацетам
ПК-2		При лечении варфарином необходим регулярный контроль в крови: а) эрит а) эритроцитов б) лей б) лейкоцитон в) тро в) боцитов г) международного нормализованного отношения или протромбинового индекса д) фибринолитической активности
ПК-2	65.	К дофасодержащим препаратам для лечения болезни Паркинсона относится: а) мидантан, вирегит б) наком, мадопар

		<p>в) парлодел, лизурид г) юмекс, депренил д) все перечисленное</p>
ПК-2	66.	<p>К антидепрессантам седативного действия относятся: а) мел а) мелипрамин б) пир б) пиразидол в) инд в) индопан г) амитриптилин д) все перечисленные препараты</p>
ПК-2	67.	<p>Эффективным методом лечения абсцесса мозга является а) массивное введение антибиотиков и дегидратирующих средств б) хирургическое удаление абсцесса в) промывание полости абсцесса диоксидином г) промывание полости абсцесса антибиотиками д) применение противовоспалительных доз лучевой терапии</p>
ПК-2	68.	<p>Назовите среднюю суточную дозу клоназепама, подавляющую вегетативные кризы а) 0,5 мг б) 1 мг в) 2 мг г) 6 мг д) 8 мг</p>
ПК-2	69.	<p>Для купирования приступа мигрени наиболее эффективны препараты : а) эрготамина б) анальгетики в) антигистаминовые г) антисеротониновые д) противосудорожные</p>
ПК-2	70.	<p>При субарахноидальном кровоизлиянии не следует применять: а) анальгетики б) антифибринолитики в) дегидратирующие препараты г) спазмолитики д) антигипертензивные средств</p>
ПК-2	71.	<p>Антиагрегантными свойствами обладают все перечисленные препараты, кроме: а) ацетилсалициловой кислоты б) дипиридамола в) дигидроэрготоксина г) клонидина д) пармидина</p>
ПК-2	72.	<p>Основной вид терапии при эпилепсии: а) антибиотики б) рассасывающая терапия в) дегидратационная</p>

		<p>г) антиконвульсанты д) вазоактивная терапия</p>
ПК-2	73.	<p>При ремиссии рассеянного склероза показано применение: а) иммуностимуляторов б) плазмафереза в) глюкокортикоидов г) цитостатиков д) все перечисленное</p>
ПК-2	74.	<p>Последовательность выбора препарата в начале лечения эпилепсии определяется: а) типом припадков б) формой эпилепсии в) частотой приступов г) особенностями ЭЭГ д) ничего из перечисленного</p>
ПК-2	75.	<p>Наиболее эффективным методом патогенетической терапии невралгии тройничного нерва является назначение: а) анальгетиков б) спазмолитиков в) противосудорожных средств г) всего перечисленного д) ничего из перечисленного</p>
ПК-2	76.	<p>К дофасодержащим препаратам для лечения болезни Паркинсона относятся: а) мидантан, вирегит б) наком, мадопар в) парлодел, лизурид г) юмекс, депренил д) все перечисленное</p>
ПК-2	77.	<p>К антидепрессантам седативного действия относятся: а) мелипрамин б) пиразидол в) индопан г) амитриптилин д) все перечисленные препараты</p>
ПК-2	78.	<p>Последовательность выбора препарата в начале лечения эпилепсии определяется: а) типом припадков б) формой эпилепсии в) частотой приступов г) особенностями ЭЭГ д) ничего из перечисленного</p>
ПК-2	79.	<p>При лечении типичной формы хореи Гентингтона обычно применяют: а) дофасодержащие препарат б) нейролептики в) агонисты дофамина</p>

		г) антихолинергические препараты д) верно а) и г)
ПК-2	80.	Лечение невралгии тройничного нерва: а) пирацетам (ноотропил) б) карбамазепин (финлепсин) в) винпоцетин (кавинтон) г) ривастигмин (экселон) д) все перечисленное
ПК-2	81.	Лечение дистальной диабетической полиневропатии: а) калимин б) рилузол (рилутек) в) пирацетам (ноотропил) г) препараты α -липоевой кислоты д) препараты аскорбиновой кислоты
ПК-2	82.	При лечении нейролептиками с сильным антипсихотическим действием часто развиваются: а) мозжечковые расстройства б) экстрапирамидные расстройства в) вестибулярные расстройства г) координаторные расстройства д) слуховые и зрительные галлюцинации
ПК-2	83.	К дофасодержащим препаратам для лечения болезни Паркинсона относится: а) мидантан, вирегит б) наком, мадопар в) парлодел, лизурид г) юмекс, депренил д) все перечисленное
ПК-2	84.	Для купирования обострения рассеянного склероза применяют: а) пульс-терапию метилпреднизолоном б) тиамин в) церебролизин г) копаксон д) баклофен
ПК-2	85.	Наиболее эффективным методом патогенетической терапии невралгии тройничного нерва является назначение: а) анальгетиков б) спазмолитиков в) противосудорожных средств г) всего перечисленного д) ничего из перечисленного
ПК-3	86.	К методам кинезотерапии относятся все, кроме: а) массаж б) лечебно-оздоровительные режимы в) применение тренажеров

		<ul style="list-style-type: none"> г) лечение положением д) применение лекарственных препаратов
ПК-3	87.	<p>При каузалгии эффективным методом физиотерапии является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) УВЧ на область локализации боли и сегментарно б) СМТ на область проекции симпатических узлов в) электрофорез новокаина на область повреждения г) грязевые аппликации невысокой температуры (37 С) д) все перечисленное
ПК-3	88.	<p>В остром периоде вертеброгенных корешковых синдромов применяется:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) массаж б) вытяжение позвоночника в) иглорефлексотерапия г) аппликация парафина д) грязелечение
ПК-3	89.	<p>К методам кинезотерапии относятся все, кроме:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) массаж б) лечебно-оздоровительные режимы в) применение тренажеров г) лечение положением д) применение лекарственных препаратов
ПК-3	90.	<p>Лечения спастичности преследует все следующие цели, кроме:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) облегчение симптомов спастичности б) уменьшение боли и мышечного спазма в) улучшение походки, ежедневной активности, гигиены и ухода г) облегчение произвольных движений д) увеличение спастичности
<p>Раздел 4. «Заболевания периферической нервной системы, мышц и нервно-мышечной передачи»</p>		
УК 1	91.	<p>Основной фактор риска развития невропатии лицевого нерва:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) сахарный диабет б) злоупотребление алкоголем в) артериальная гипертензия г) врожденная узость канала лицевого нерва д) курение
ПК 4	92.	<p>Для хронического отравления ртутью характерно:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) синдром Гийена-Барре б) паркинсонизм в) прогрессирующая мышечная дистрофия г) сенсорная полиневропатия д) миастеноподобный синдром Ламберта-Итона
ПК 4	93.	<p>Причиной дифтерийной полинейропатии, возникающей на 4 – 10-й неделе после перенесенной дифтерии, является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) непосредственное воздействие токсина на периферические нервы; б) дефицит тиамина в) процесс аутоиммунной демиелинизации

		<ul style="list-style-type: none"> г) валлеровское перерождения д) все перечисленное
ПК-4	94.	<p>Наиболее частое поражение нервной системы при сахарном диабете:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) дистальная сенсорная полиневропатия б) невропатия отводящего нерва в) невропатия глазодвигательного нерва г) невропатия малоберцового нерва д) проксимальная амиотрофия
ПК-4	95.	<p>Наиболее частым ранним неврологическим осложнением хронической почечной недостаточности является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) делирий б) судорожные припадки в) деменция г) полинейропатия д) другие поражения
ОПК-3	96.	<p>Основу патогенеза алкогольной полиневропатии составляет:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) дефицит тиамина б) токсическое воздействие алкоголя на нервные структуры в) дефицит протеинов г) валлеровское перерождения д) все перечисленное
ПК-4	97.	<p>Медикаментозную полиневропатию могут вызывать цитостатики:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) туберкулостатические препараты б) нитрофураны (фуразолидон, фурадонин) в) противомаларийные препараты д) препараты всех перечисленных групп
ПК-1	98.	<p>Наиболее информативный метод диагностики спондилогенной миелопатии:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) спондилография б) УЗДГ в) КТ головного мозга г) ангиография д) МРТ позвоночника
ПК-1	99.	<p>Для алкогольной полиневропатии характерны все, кроме:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) боли в ногах б) парестезии в ногах в) утрата ахилловых рефлексов г) появление симптома Бабинского д) вегетативно-трофические нарушения в ногах
ПК-1	100.	<p>Поражение отводящего нерва при сахарном диабете:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) возникает только при втором типе сахарного диабета б) обычно одностороннее и нередко регрессирует без лечения в) часто сочетается с проксимальной амиотрофией г) сопровождается повышением содержания белка в ликворе д) возникает только при первом типе сахарного диабета

ПК-1	101.	Продолжительность приступа больше при следующей форме мигрени: а) классической (офтальмической) б) ассоциированной в) простой г) ретинальной д) различий в продолжительности приступа нет
ПК-1	102.	Приступ ассоциированной мигрени от других форм мигрени отличается наличием а) предвестников б) двусторонней локализации боли в височной области в) рвоты на высоте приступа г) преходящих очаговых неврологических симптомов д) обильного мочеиспускания в конце приступа
ОПК-3	103.	Клинические проявления алкогольной полинейропатии включают: а) нарушение чувствительности по периферическому типу и вялые парезы б) нарушение чувствительности по проводниковому типу в) нарушение чувствительности по сегментарному типу г) спастические парезы д) афазия
ПК-1	104.	Для мышьяковой полиневропатии характерно наличие: а) преимущественных поражений нервов рук б) багрово-синюшных полос на голених в) белых полос на ногтях г) бульбарного синдрома д) тазовых расстройств
ПК-1	105.	Для ауры классической (офтальмической) мигрени характерно: а) расходящееся косоглазие б) сходящееся косоглазие в) птоз г) "мерцающие" скотомы д) нистагм
ПК-2	106.	Показанием к мануальной терапии неврологических проявлений остеохондроза позвоночника является наличие: а) спондилеза и спондилолистеза III стадии б) болевого синдрома и вегетативно-висцеральных нарушений в) остеопороза позвонков г) нарушения спинального кровообращения д) грыж Шморля
ПК-2	107.	Противопоказанием для применения вытяжения при неврологических проявлениях шейного остеохондроза является: а) нестабильность позвоночного сегмента б) нарушение спинального кровообращения в) резко выраженный болевой корешковый синдром г) вертебробазилярная недостаточность

		д) все перечисленное
ПК-2	108.	Иглорефлексотерапия при полиневропатии Гийена - Барре назначается в период: а) нарастания парезов б) стабилизации парезов в) регресса парезов г) верно все перечисленное д) все перечисленное не верно
ПК-2	109.	В остром периоде вертеброгенных корешковых синдромов применяется а) массаж б) вытяжение позвоночника в) иглорефлексотерапия г) аппликация парафина д) грязелечение
ПК-2	110.	В остром периоде невротий нецелесообразно применять: а) электрофорез новокаина б) электростимуляцию в) микроволны г) диадинамические токи д) все перечисленное
ПК-2	111.	Терапия диабетической полинейропатии основывается на: а) лечении только основного заболевания б) лечении основного заболевания в сочетании с витаминами группы В, местными физиотерапевтическими воздействиями в) проведении плазмофереза г) назначении гормонов д) все перечисленное
ПК-2	112.	Лечение невралгии тройничного нерва: а) пирацетам (ноотропил) б) карбамазепин (финлепсин) в) винпоцетин (кавинтон) г) ривастигмин (экселон) д) все перечисленное
ПК-2	113.	Лечение дистальной диабетической полиневропатии: а) калимин б) рилузол (рилутек) в) пирацетам (ноотропил) г) препараты α -липоевой кислоты д) препараты аскорбиновой кислоты
ПК-2	114.	Противопоказанием для применения вытяжения при неврологических проявлениях шейного остеохондроза является: а) нестабильность позвоночного сегмента б) нарушение спинального кровообращения в) резко выраженный болевой корешковый синдром г) вертебробазилярная недостаточность д) все перечисленное

ПК-2	115.	В остром периоде вертеброгенных корешковых синдромов применяется: а) массаж б) вытяжение позвоночника в) иглорефлексотерапия г) аппликация парафина д) грязелечение
ПК-2	116.	Холинергический криз снимается введением: а) ганглиоблокирующих средств б) мышечных релаксантов в) атропина г) адреналина д) норадреналина
ПК-2	117.	Лечение миастенического криза: а) винпоцетин б) карбамазепин в) пирацетам г) прозерин д) флуоксетин
ПК-2	118.	Для длительного лечения миастении используют: а) витамин В1 б) витамин В6 в) витамин В12 г) калимин д) пирацетам
ПК-2	119.	Вилочковую железу удаляют при: а) боковом амиотрофическом склерозе б) миастении в) миопатии Дюшена г) полимиозите д) синдроме Ламберта-Итона
ПК-3	120.	Санаторно-курортное лечение больного с невритом лицевого нерва начинают: а) с первых дней заболевания б) через 1-2 месяца от начала болезни в) через 6 месяцев от начала болезни г) через 1 год от начала болезни д) в любое время независимо от давности заболевания
ПК-4	121.	Основу патогенеза алкогольной полиневропатии составляет: а) дефицит тиамина б) токсическое воздействие алкоголя на нервные структуры в) дефицит протеинов г) валлеровское перерождения д) все перечисленное
Раздел 5. «Инфекционные заболевания центральной нервной системы»		

ПК-4	122.	Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) обладает всеми следующими качествами, кроме: а) большой устойчивости к термическим воздействиям б) способности персистировать в организме в) выраженного тропизма к макрофагам и лимфоцитам г) значительного тропизма к клеткам мозга д) длительного инкубационного периода
ПК-4	123.	Эндемичные регионы клещевого энцефалита: а) Юго-Восточная Азия б) Сибирь в) Экваториальная Африка г) Центральная Америка д) Австралия
ПК-4	124.	Эпидемиологический анамнез важен при подозрении а) на менингококковый менингит б) на герпетический менингоэнцефалит в) на грибковый менингит г) на менингит, вызванный синегнойной палочкой д) все перечисленное
ПК-4	125.	Высокая контагиозность характерна для менингита, вызванного: а) синегнойной палочкой б) стафилококками в) вирусом простого герпеса г) вирусами Коксаки и ЕСНО д) стрептококками
ПК-4	126.	Возбудитель весенне-летнего (клещевого) энцефалита относится к группе: а) бактерий; б) вирусов; в) прионов; г) простейших. д) грибов
ПК-1	127.	Для вызывания нижнего менингеального симптома Брудзинского: а) сгибают голову больного вперед б) надавливают на область лонного сочленения в) выпрямляют согнутую под прямым углом в коленном и тазобедренном суставах ногу больного г) сдавливают четырехглавую мышцу бедра д) ничего из перечисленного
ПК-1	128.	Для менингитов, вызванных вирусами Коксаки и ЕСНО, не характерно: а) острое начало с лихорадкой б) полимиалгия в) оболочечно-гипертензионный синдром г) лимфоцитарный плеоцитоз д) тяжелое течение и грубые резидуальные симптомы
ПК-1	129.	Наиболее информативный метод диагностики менингита:

		<ul style="list-style-type: none"> а) ангиография б) краниография в) люмбальная пункция г) КТ головного мозга д) МРТ головного мозга
ПК-1	130.	<p>Наиболее информативный метод диагностики абсцесса головного мозга:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) краниография б) УЗДГ МАГ в) ЭЭГ г) МРТ головного мозга д) Ангиография
ПК-1	131.	<p>Остро развившаяся головная боль на фоне нарастающей температуры тела, сопровождающаяся психомоторным возбуждением, рвотой, ригидностью мышц затылка, лимфоцитарным плеоцитозом в ликворе характерны для:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) субарахноидального кровоизлияния б) опухоли головного мозга в) гнойного менингита г) серозного менингита д) ишемического инсульта
ПК-1	132.	<p>Возрастание концентрации белка в ликворе до 0,85 г/л, количества клеток до 1200 в 1мкл, из которых нейтрофилы составляют 90 % в совокупности указывают на:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) серозное воспаление мозговых оболочек б) гнойное воспаление мозговых оболочек в) субарахноидальное кровоизлияние г) наличие опухоли головного или спинного мозга д) нормальный состав жидкости
ПК-1	133.	<p>Развитие синдрома Уотерхауса - Фридериксена (острой надпочечниковой недостаточности) характерно для тяжелого течения:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) стафилококкового менингита б) пневмококкового менингита в) менингита, вызванного вирусом Коксаки г) менингококкового менингита д) лимфоцитарного хориоменингита
ПК-1	134.	<p>Значительное снижение уровня сахара в спинномозговой жидкости (до 0.1 г/л) характерно для менингита, вызванного:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) вирусами гриппа б) пневмококком в) вирусом паротита г) туберкулезной палочкой д) ничего из перечисленного
ПК-1	135.	<p>Геморрагическая сыпь при менингококцемии у детей является следствием:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) аллергии б) иммунологической реактивности

		<p>в) повреждения сосудов и патологии свертывающей системы крови</p> <p>г) сегментарной демиелинизацией</p> <p>д) всего перечисленного</p>
ПК-1	136.	<p>Наиболее информативный метод диагностики менингита:</p> <p>а) ангиография</p> <p>б) краниография</p> <p>в) люмбальная пункция</p> <p>г) КТ головного мозга</p> <p>д) МРТ головного мозга</p>
ПК-1	137.	<p>Для неврологических нарушений при ботулизме характерны все симптомы, кроме:</p> <p>а) пареза аккомодации</p> <p>б) пареза глазодвигательной мускулатуры</p> <p>в) дисфонии, дисфагии, дизартрии</p> <p>г) гиперсаливации</p> <p>д) миастеноподобных симптомов</p>
ПК-2	138.	<p>Для лечения менингококкового менингита следует выбрать:</p> <p>а) клиндамицин</p> <p>б) тетрациклин</p> <p>в) эритромицин</p> <p>г) канамицин</p> <p>д) левомицетин</p>
ПК-2	139.	<p>Эффективным методом лечения абсцесса мозга является:</p> <p>а) массивное введение антибиотиков и дегидратирующих средств</p> <p>б) хирургическое удаление абсцесса</p> <p>в) промывание полости абсцесса диоксидином</p> <p>г) промывание полости абсцесса антибиотиками</p> <p>д) применение противовоспалительных доз лучевой терапии</p>
ПК-2	140.	<p>Из перечисленных антибиотиков наибольшей способностью проникать через ГЭБ обладает:</p> <p>а) цефалексин</p> <p>б) клиндамицин</p> <p>в) рифампицин</p> <p>г) цефтриаксон</p> <p>д) ничего из перечисленного</p>
ПК-4	141.	<p>К ранним формам нейросифилиса не относят:</p> <p>а) сифилитический менингит</p> <p>б) tabes dozsalis</p> <p>в) гумму головного мозга</p> <p>г) сифилитический эндартериит</p> <p>д) все перечисленные</p>
ПК-4	142.	<p>Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) обладает всеми следующими качествами, кроме:</p> <p>а) большой устойчивости к термическим воздействиям</p> <p>б) способности персистировать в организме</p>

		<ul style="list-style-type: none"> в) выраженного тропизма к макрофагам и лимфоцитам г) значительного тропизма к клеткам мозга д) длительного инкубационного периода
Раздел 6. «Сосудистые заболевания нервной системы»		
ПК-4	143.	<p>Ведущей причиной развития синдрома позвоночной артерии является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) разгибательный подвывих шейных позвонков б) ушиб мягких тканей шеи в) деформирующий спондилез шейного отдела позвоночника г) заболевания крови д) нарушения ритма сердца
ПК-4	144.	<p>Инфаркт миокарда осложняется развитием инсульта в:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) 1-2% б) 3-10% в) 11-20% г) 21-30% д) 31-40% случаев
ОПК-8	145.	<p>Первичная профилактика ишемического инсульта включает в себя все, кроме:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) лечение артериальной гипертензии б) отказ от курения в) прием статинов при ишемической болезни сердца г) прием ноотропов при снижении памяти д) прием варфарина при мерцательной аритмии
ОПК-8	146.	<p>Причиной инсульта у детей является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) аномалия развития сосудов головного мозга б) стойкая артериальная гипертензия в) болезни крови г) ревматизм д) все перечисленное
ПК-4	147.	<p>Риск кардиоцеребральной эмболии высок при следующих заболеваниях, кроме:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) инфекционном эндокардите б) искусственном клапана сердца в) миксоте левого предсердия г) пролапсе митрального клапана д) тромбе левого предсердия
ПК-4	148.	<p>Для снижения уровня холестерина в крови в целях профилактики инсульта эффективен прием:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) витамина В1 б) витамина В6 в) витамина В12 г) статинов д) аскорбиновой кислоты
ПК-4	149.	<p>Варфарин для профилактики повторного инсульта применяется при:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) атеротромботическом инсульте

		<ul style="list-style-type: none"> б) кардиоэмболическом инсульте в) лакунарном инсульте г) сочетанной ишемической болезни сердца д) церебральном васкулите
ПК-4	150.	<p>К некорректируемым факторам риска ОНМК относят все, за исключением:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) возраст б) пол в) этнические и географические факторы г) гипергомоцистеинемия д) наследственность
ПК-4	151.	<p>Профилактика повторного субарахноидального кровоизлияния:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) нимодипин б) парацетам в) дексазон г) диазепам д) хирургическое выключение аневризмы
ПК-4	152.	<p>Причиной инсульта у детей является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) аномалия развития сосудов головного мозга б) стойкая артериальная гипертензия в) болезни крови г) ревматизм д) все перечисленное
ПК-4	153.	<p>Для снижения уровня холестерина в крови в целях профилактики инсульта эффективен прием:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) витамина В1 б) витамина В6 в) витамина В12 г) статинов д) аскорбиновой кислоты
ПК-4	154.	<p>К корректируемым факторам риска ОНМК относят все, за исключением:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) артериальная гипертензия б) наследственность в) курение г) ожирение д) сахарный диабет
ПК-1	155.	<p>Характерным признаком тромбоза экстракраниальной части сонной артерии является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) альтернирующий синдром Валленберга-Захарченко б) альтернирующий оптико-пирамидный синдром в) тотальная афазия г) тетраплегия д) витемпоральная гемианопсия
ПК-1	156.	<p>Диагноз: Малый инсульт устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу не позднее</p>

		<ul style="list-style-type: none"> а) 1 недели б) 3 недель в) 1 месяца г) 3 месяцев д) 6 месяцев
ПК-1	157.	<p>Диагноз преходящего нарушения мозгового кровообращения устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу не позднее:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) 1 суток б) 1 недели в) 2 недель г) 3 недель д) 1 месяца
ПК-1	158.	<p>Односторонний пульсирующий экзофтальм является признаком:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) ретробульбарной опухоли орбиты б) тромбоза глазничной артерии в) каротидно-кавернозного соустья г) супраселлярной опухоли гипофиза д) арахноидэндотелиомы крыла основной кости
ПК-1	159.	<p>Для псевдобульбарного синдрома при хронической недостаточности мозгового кровообращения не характерно наличие:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) дизартрии б) дисфонии в) дисфагии г) фибрилляции языка д) симптомов орального автоматизма
ПК-1	160.	<p>Характерным признаком тромбоза экстракраниальной части сонной артерии является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) альтернирующий синдром Валленберга-Захарченко б) альтернирующий оптико-пирамидный синдром в) тотальная афазия г) тетраплегия д) битемпоральная гемианопсия
ПК-1	161.	<p>Выделите данные инструментально-лабораторных исследований, не характерные для ишемического инсульта:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) смещение М-эхо более чем на 5 мм при эхоэнцефалоскопии б) очаг пониженной плотности в головном мозге по данным компьютерной томографии в) отсутствие крови в ликворе г) все перечисленное д) ничего из перечисленного
ПК-1	162.	<p>Разрыв мешотчатой аневризмы обычно вызывает:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) внутримозговое кровоизлияние б) субарахноидальное кровоизлияние в) острую гипертоническую энцефалопатию г) лакунарный инсульт

		д) транзиторную ишемическую атаку
ПК-1	163.	Решающее значение в диагностике внутричерепных аневризм имеет: а) г-сцинтиграфия б) ангиография в) компьютерная томография г) доплеросонография д) реоэнцефалография
ПК-1	164.	Наиболее информативным методом диагностики субарахноидального кровоизлияния является: а) люмбальная пункция б) краниография в) эхоэнцефалоскопия г) электроэнцефалография: д) электромиография
ПК-1	165.	Для наблюдения за динамикой ангиоспазма у больного со спонтанным субарахноидальным кровоизлиянием наиболее целесообразно использовать: а) ангиографию б) реоэнцефалографию в) компьютерную томографию г) транскраниальную ультразвуковую доплерографию д) 5 электроэнцефалографию
ПК-1	166.	Основными методами выявления аневризм сосудов головного мозга являются: а) пневмомиеелография б) ангиография и МРА головного мозга в) МРТ головного мозга г) КТ головного мозга д) УЗДГ МАГ
ПК-1	167.	Наиболее информативным методом в диагностике ишемического инсульта является: а) Эхоэнцефалоскопия б) ЭЭГ в) дуплексное сканирование г) КТ головного мозга д) обзорная краниография
ПК-1	168	Синдром Захарченко - Валленберга (латеральный медуллярный синдром) возникает при закупорке: а) коротких циркулярных артерий моста б) длинных циркулярных артерий моста в) парамедианных артерий моста г) нижней передней артерии мозжечка д) нижней задней артерии мозжечка
ПК-1	169.	Причины гипоксической энцефалопатии все, кроме: а) остановка сердца

		<ul style="list-style-type: none"> б) удушения в) отравление ртутью г) отравление окисью углерода д) утопление
ПК-2	170.	<p>Возможность проведения тромболитической терапии ишемического инсульта ограничивается наличием какого из указанных условий:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) с момента развития инсульта до начала терапии прошло не более 4,5 часов б) характер инсульта верифицирован методами нейровизуализации (КТ и МРТ) в) отсутствуют значительный отек головного мозга и массивное поражение головного мозга г) при спинномозговой пункции выявлено наличие эритроцитов в ликворе д) окклюзия церебральной артерии подтверждена ультразвуковыми методами или ангиографией
ПК-2	171.	<p>Профилактика спазма церебральных артерий при субарахноидальном кровоизлиянии:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) аспирин б) варфарин в) гепарин г) нимодипин д) церебролизин
ПК-2	172.	<p>Варфарин для профилактики повторного инсульта применяется при:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) атеротромботическом инсульте б) кардиоэмболическом инсульте в) лакунарном инсульте г) сочетанной ишемической болезни сердца д) церебральном васкулите
ПК-2	173.	<p>Разрыв мешотчатой аневризмы обычно вызывает:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) внутримозговое кровоизлияние б) субарахноидальное кровоизлияние в) острую гипертоническую энцефалопатию г) лакунарный инсульт д) транзиторную ишемическую атаку
ПК-2	174.	<p>Фармакотерапия больным с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения проводится с целью:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) улучшения церебральной гемодинамики б) улучшения метаболизма мозга в) регресса очаговой церебральной симптоматики г) верно все перечисленное д) верно а) и б)
ПК-2	175.	<p>При субарахноидальном кровоизлиянии не следует применять:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) анальгетики б) антифибринолитики в) дегидратирующие препараты

		<ul style="list-style-type: none"> г) спазмолитики д) антигипертензивные средства
ПК-2	176.	<p>Показание к каротидной эндартерэктомии у больного с транзиторными ишемическими атаками:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) стеноз внутренней сонной артерии более 70% диаметра б) окклюзия внутренней сонной артерии в) стеноз внутренней сонной артерии 50-69% диаметра г) стеноз внутренней сонной артерии менее 50% диаметра д) двусторонний стеноз внутренней сонной артерии менее 50% диаметра
ПК-2	177.	<p>Антитромбоцитарное средство, применяемое для вторичной профилактики ишемического инсульта:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) ацетилсалициловая кислота б) пентоксифиллин в) пирацетам г) винпоцетин д) циннаризин
ПК -3	178.	<p>Противопоказанием для лечебной физкультуры у больных с инсультом является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) нарушение всех видов чувствительности на стороне гемиплегии б) резкая болезненность суставов в) нарушение функции тазовых органов г) сердечная недостаточность II-III ст. д) нарушение координации
ПК -3	179.	<p>Противопоказанием для лечебной физкультуры у больных с инсультом является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) нарушение всех видов чувствительности на стороне гемиплегии б) резкая болезненность суставов в) нарушение функции тазовых органов г) сердечная недостаточность II-III ст. д) нарушение координации
ПК-3	180.	<p>Противопоказанием для лечебной физкультуры у больных с инсультом является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) нарушение всех видов чувствительности на стороне гемиплегии б) резкая болезненность суставов в) нарушение функции тазовых органов г) сердечная недостаточность II-III ст. д) нарушение координации
ПК-4	181.	<p>Печеночная энцефалопатия часто осложняет течение:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) гепатита А б) гепатита В в) гепатита С г) цирроза печени д) гепатоцеребральной дистрофии
ПК-4	182.	<p>Прогрессирующее течение инсульта характерно для:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) лакунарного инсульта

		<ul style="list-style-type: none"> б) атеротромботического инсульта в) кардиоэмболического инсульта г) гемодинамического инсульта д) геморрагического инсульта
ПК-4	183.	<p>Первичная профилактика ишемического инсульта включает в себя все, кроме:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) лечение артериальной гипертензии б) отказ от курения в) прием статинов при ишемической болезни сердца г) прием ноотропов при снижении памяти д) прием варфарина при мерцательной аритмии
ОПК-8	184.	<p>Согласно современной классификации факторов риска ОНМК их подразделяют на следующие группы, за исключением:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) корригируемые б) некорригируемые в) приобретенные г) потенциально корригируемые д) ничего из перечисленного
ОПК-8	185.	<p>К корригируемым факторам риска ОНМК относят все, за исключением:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) артериальная гипертензия б) наследственность в) курение г) ожирение д) сахарный диабет
Раздел 7 «Вегетативные расстройства»		
ПК-4	186.	<p>Наиболее частая причина вегетативной дистонии:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) сосудистые заболевания головного мозга б) болезнь Паркинсона в) рассеянный склероз г) боковой амиотрофический склероз д) невротические расстройства
ПК-1	187.	<p>В норме учащение пульса при исследовании вегетативных рефлексов вызывает проба:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Ашнера (глазосердечный рефлекс) б) клиностатическая в) ортостатическая г) шейно-сердечная (синокаротидный рефлекс) д) проба Ортнера
ПК-1	188.	<p>Рассасывание физиологического раствора при пробе Олдрича замедлено:</p> <ul style="list-style-type: none"> при повышении тонуса симпатической нервной системы при повышении тонуса парасимпатической нервной системы при снижении тонуса симпатической нервной системы при снижении тонуса парасимпатической нервной системы д) ничего из перечисленного
ПК-1	189.	<p>К лимбическому отделу больших полушарий мозга не относится:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> а) гиппокамп б) прозрачная перегородка в) поясная извилина г) круговая борозда островка д) гипоталамус
ПК-1	190.	<p>Надсегментарный аппарат вегетативной нервной системы представлен:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) черепно-мозговыми нервами б) спинномозговыми нервами в) корково-лимбико-ретикулярным комплексом г) нейронами боковых рогов спинного мозга д) нейронами передних рогов спинного мозга
ПК-1	191.	<p>Для поражения гипоталамической области характерно:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) атаксия б) гемианестезия в) нарушения сна и бодрствования г) нейроэндокринные расстройства д) гемипарез
ПК-1	192.	<p>Для раздражения парасимпатического отдела вегетативной нервной системы характерно:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) мидриаз б) сухость во рту в) брадикардия г) тахикардия д) повышение АД
ПК-1	193.	<p>Для синдрома Горнера характерны:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) птоз, мидриаз, экзофтальм б) птоз, миоз в) птоз, миоз, энофтальм г) птоз, миоз, экзофтальм д) птоз, мидриаз, энофтальм
ПК-1	194.	<p>Рассасывание физиологического раствора при пробе Олдрича замедлено:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) при повышении тонуса симпатической нервной системы б) при повышении тонуса парасимпатической нервной системы в) при снижении тонуса симпатической нервной системы г) при снижении тонуса парасимпатической нервной системы д) ничего из перечисленного
ПК-2	195.	<p>Для купирования мышечных проявлений нейрогенного гипервентиляционного синдрома назначают:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) прозерин б) глюконат или хлорид кальция в) хлорид калия г) верно все перечисленное д) верно 1) и 2)
ПК-2	196.	<p>Суточная доза соннапакса (тиоридазина) для детей раннего школьного возраста составляет:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> а) 2.5-5 мг б) 5-10 мг в) 10-30 мг г) 50-100 мг д) 200-300 мг
ПК-2	197.	<p>При лечении нейролептиками с сильным антипсихотическим действием часто развиваются:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) мозжечковые расстройства б) экстрапирамидные расстройства в) вестибулярные расстройства г) координаторные расстройства д) слуховые и зрительные галлюцинации
Раздел 8 «Наследственные и дегенеративные заболевания нервной системы»		
ОПК-4	198.	<p>В каком возрасте могут проявляться наследственные заболевания?</p> <ul style="list-style-type: none"> а) в период новорожденности б) в детском возрасте в) в пубертантном возрасте г) в пожилом возрасте д) в любом из перечисленных возрастов
ОПК-4	199.	<p>Какие методы исследования применяются в медицинской генетике?</p> <ul style="list-style-type: none"> а) популяционно-статистический б) генеалогический в) близнецовый г) цитогенетический д) все перечисленные
ОПК-5	200.	<p>Лечение пациентов с синдромом Дауна заключается в:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) назначении длительных курсов препаратов церебропротекторного действия б) назначении физиотерапии в) социально-педагогической коррекции г) назначении ноотропных препаратов д) ничего из перечисленного
УК-1	201.	<p>Синдром Шершевского - Тернера чаще встречается:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) у девочек б) у мальчиков в) у лиц обоего пола г) только у взрослых д) не зависит от пола
ПК-4	202.	<p>Точные сроки повреждения головного мозга при детском церебральном параличе:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) установить никогда нельзя б) устанавливаются лишь в части случаев в) всегда точно известны по сопутствующим признакам г) устанавливаются только морфологически д) ничего из перечисленного

ПК -4	203.	Тип наследования при хорее Гентингтона характеризуется как: а) аутосомно-доминантный б) аутосомно-рецессивный в) рецессивный, сцепленный с полом (через X-хромосому) г) все перечисленное д) ничего из перечисленного
ПК -4	204.	Прогрессирующая мышечная дистрофия формы Ландузи - Дежерина наследуется: а) по аутосомно-доминантному типу б) по аутосомно-рецессивному типу в) по рецессивному типу, сцепленному с полом (через X-хромосому) г) по всему перечисленному д) ничего из перечисленного
ПК-4	205.	К группе высокого "риска" по эпилепсии следует отнести детей: а) фебрильными судорогами в раннем возрасте б) с аффектно-респираторными пароксизмами в) с органическим церебральным дефектом г) с наследственной отягощенностью по эпилепсии д) со всеми перечисленными факторами
ПК 2	206.	Малая хорая развивается в результате: а) наследственной дегенерации хвостатого ядра б) снижения синтеза дофамина в черной субстанции в) ревматизма г) склеродермии д) всего перечисленного
ПК-4	207.	К группе высокого "риска" по эпилепсии следует отнести детей: а) фебрильными судорогами в раннем детском возрасте а) с фе б) с аффектно-респираторными пароксизмами в) с орг в) с органическим церебральным дефектом г) с нас г) наследственной отягощенностью по эпилепсии д) со всеми перечисленными факторами
ПК-1	208.	Для бокового амиотрофического склероза наиболее характерны: а) боли по ходу нервов б) сочетание симптомов периферического и центрального пареза в) проводниковые расстройства чувствительности г) тазовые расстройства д) сегментарные расстройства чувствительности
ПК-1	209.	При невральной амиотрофии Шарко - Мари у детей возникают: а) только вялые парезы ног б) только вялые парезы рук в) вялые парезы рук и ног г) только парезы мышц туловища д) парез мышц рук, ног и туловища
ПК-1	210	Эпилептический статус диагностируется, если припадки продолжаются более:

		<p>а) 10 ми а) 10 минут б) 30 б) б) 30-минут в) часо в) 3 часов г) 3 –х г) 12часов д) д) 24 часов</p>
ПК-1	211.	<p>Холинергический криз при передозировке прозерина не сопровождается: а) мидриазом б) гиперсаливацией в) усилением перистальтики г) миофибрилляциями д) тремором</p>
ПК-1	212.	<p>Наиболее информативный метод диагностики эпилепсии: а) ЭХО- а) ЭХО ЭГ б) УЗДГ б) УЗДГ в) К в) КТ головного мозга г) ЭЭГ д) МРТ головного мозга</p>
ПК-1	213.	<p>Наиболее значимыми диагностическими признаками гепатоцеребральной дистрофии является: а) а) появление экстрапирамидных неврологических симптомов у лиц молодого возраста б) появление экстрапирамидных симптомов у лиц среднего возраста в) в) снижение содержания уровня церулоплазмينا в сыворотке крови у пациентов с экстрапирамидными нарушениями г) пов г) повышение содержания креатинфосфокиназы в крови д) пов д) повшение содержания уровня церулоплазмينا в сыворотке крови</p>
ПК-1	214.	<p>Для болезни Реклингхаузена характерно появление на коже: а) папул а) папулезной сыпи б) телеа б) телеангиэктазий в) в) "кофейных" пятен г) витилиго д) д) розеолезной сыпи</p>
ПК-1	215.	<p>Для бокового амиотрофического склероза наиболее характерны: а) боли а) боли по ходу нервов б б) сочетание симптомов периферического и центрального пареза в в) проводниковые расстройства чувствительности г) тазов г) тазовые расстройства д д) сегментарные расстройства чувствительности</p>
ПК-1	216.	<p>Следующий гиперкинез характерен для синдрома Паркинсонизма: а) блефароспазм б) дистония в) тремор г) хорей д) тик</p>

ПК-1	217.	Для прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшена характерно все, кроме: а) признаков поражения периферических нервов б) прогрессирующей атрофии мышц в) биохимических признаков нарушения обмена креатинина г) семейного характера расстройств д) псевдогипертрофии икроножных мышц
ПК-1	218.	Для торсионной дистонии характерными диагностическими признаками является все кроме: а) наличие гиперкинезов с вовлечением мышц осевой группы туловища б) семейный характер заболевания в) медленное прогрессирование г) снижение концентрации церуллоплазмينا в сыворотке крови д) все перечисленное
ПК-2	219.	При эпилептическом припадке для купирования судорог вводят: а) амитриптилин б) винпоцетин в) диазепам г) пирацетам д) церебролизин
ПК-2	220.	При лечении болезни Паркинсона ежедневная доза L-допа не должна превышать: а) 2 гб) а) 2 г б) 2,5 г в) 3 г г) 3,5 г д) 4 г
ПК-2	221.	При лечении типичной формы хореи Гентингтона обычно применяют: а) до а) дофасодержащие препараты б б) нейролептики в) агонисты дофамина г) антихолинергические препараты д д) верно а) и г)
ПК-4	222.	К группе высокого "риска" по эпилепсии следует отнести детей: а) с фебрильными судорогами в раннем возрасте б) с аффектно-респираторными пароксизмами в) с органическим церебральным дефектом г) с наследственной отягощенностью по эпилепсии д) со всеми перечисленными факторами
ПК-4	223.	Распространенность детского церебрального паралича составляет на 1000 детского населения: а) 0.5 и ниже б) 1.5-2.0 в) 5 и более г) 10 и более д) 15 и более

Раздел 9 «Травмы нервной системы»		
ПК-1	224.	Развитие у больного после травмы головы коматозного состояния, наличие примеси крови в цереброспинальной жидкости и признаков диффузного отека головного мозга при КТ позволяют предполагать: а) сотрясение головного мозга б) очаговый ушиб головного мозга в) диффузное аксональное повреждение головного мозга г) субдуральную гематому д) окклюзионную гидроцефалию
ПК-1	225.	Травматические вдавленные переломы диагностируются с помощью: а) ангиографии б) КТ головного мозга (костный режим) в) УЗДГ МАГ г) ЭЭГ д) ЭХО-ЭГ
ПК-1	226.	Посттравматический синдром нормотензивной гидроцефалии (Хакима - Адамса) проявляется триадой симптомов: а) головная боль, снижение памяти, дезориентированность б) головная боль, снижение зрения, атаксия в) нарушение походки, недержание мочи, деменция г) головокружение, астазия-абазия, сенсорная атаксия д) ничего из перечисленного
ПК-1	227.	Сопутствующая алкогольная интоксикация при ушибах головного мозга: а) а) способствует развитию более выраженных очаговых неврологических симптомов б) сопровождается усилением менингеального синдрома в) ассоциируется с благоприятными отдаленными исходами травмы г) г) вызывает углубление нарушений сознания в момент травмы и увеличивает протяженность посттравматической амнезии д) увеличивает частоту инфекционно-воспалительных осложнений
ПК-1	228.	Эпидуральные гематомы сопровождаются: а) переломами костей черепа б) назальной ликвореей в) ушной ликвореей г) вентрикулярными гематомами д) пневмоцефалией
ПК-1	229.	Эпидуральные гематомы часто ограничены: а) швом костей черепа б) корой мозга в) ворсинчатыми сплетениями г) прозрачной перегородкой д) серповидным отростком
ПК-1	230.	Назальная ликворея часто сопровождается: а) повреждением венозных синусов б) повреждением продырявленной пластинки сошника

		<ul style="list-style-type: none"> в) переломом теменной кости г) эпидуральной гематомой задней черепной ямки д) жировой эмболией сосудов головного мозга
ПК-1	231.	<p>Для сотрясения головного мозга характерно:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) субарахноидальное кровоизлияние б) ретроградная амнезия в) гемипарез г) парез взора вверх д) формирование каротидно-кавернозного соустья
ПК-1	232.	<p>Для острых травматических внутричерепных гематом характерно:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) синдром Броун-Секара б) Миоз в) синдром Фостер-Кенеди г) пульсирующий экзофтальм д) наличие «светлого промежутка»
ПК-1	233.	<p>Брадикардия, гемипарез, мидриаз являются клинической картиной:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) каротидно-кавернозного соустья б) аденомы гипофиза в) травматической внутричерепной гематомы г) компрессионной сосудистой нейропатии д) аномалии Арнольда-Киари
ПК-1	234.	<p>Наиболее информативным методом диагностики травматических гематом является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) краниография б) люмбальная пункция в) УЗИ г) КТ/ МРТ головного мозга д) ЭЭГ
ПК-1	235.	<p>При проникающей черепно-мозговой травме повреждается:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) кожные покровы головы б) твердая мозговая оболочка в) кора мозга г) арахноидальная оболочка д) эпендима желудочков
ПК-1	236.	<p>Ведущим методом обследования при травматической внутричерепной гематоме является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) миелография б) пневмоэнцефалография в) компьютерная томография г) цистернография д) ЭЭГ
ПК-1	237.	<p>При какой патологии актуальной остается обзорная краниография?</p> <ul style="list-style-type: none"> а) менингит б) ЧМТ в) опухоли головного мозга

		<p>г) сосудистые заболевания головного мозга</p> <p>д) демиелинизирующие заболевания</p>
ПК-1	238.	<p>При какой патологии необходимой является обзорная спондилография?</p> <p>а) БАС:</p> <p>б) сирингомиелия</p> <p>в) опухоли конского хвоста</p> <p>г) травма позвоночника</p> <p>д) полиомиелит</p>
ПК-2	239.	<p>При хронической внутричерепной гематоме операцией выбора является:</p> <p>а) резекционная трепанация</p> <p>б) трентинационное эндоскопическое удаление</p> <p>в) краниопластика</p> <p>г) полипэктомия</p> <p>д) нейрорафия</p>
ПК-2	240.	<p>К методам лечения линейных переломов костей свода черепа относятся:</p> <p>а) остеосинтез скрепками:</p> <p>б) остеосинтез биологическим клеем</p> <p>в) не требует оперативного лечения</p> <p>г) наложение аппарата Елизарова</p> <p>д) наложение скелетного вытяжения</p>
ПК-2	241.	<p>Для лечения гиперосмолярного синдрома при тяжелой черепно-мозговой травме не следует применять:</p> <p>а) маннитол</p> <p>б) реополиглюкин</p> <p>в) полиглюкин</p> <p>г) альбумин</p> <p>д) 5% раствор глюкозы</p>
ПК-2	242.	<p>Для коррекции метаболического ацидоза в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы показана внутривенная инфузия:</p> <p>а) 5% раствора глюкозы</p> <p>б) 4% раствора бикарбоната натрия</p> <p>в) раствора поляризующей смеси</p> <p>г) любого из перечисленных растворов</p> <p>д) верно а) и б)</p>
ПК-5	243.	<p>Противопоказанием к санаторно-курортному лечению детей после травмы спинного мозга являются:</p> <p>а) парезы и параличи</p> <p>б) чувствительные нарушения</p> <p>в) нарушения мочеиспускания и пролежни</p> <p>г) деформация позвоночника</p> <p>д) мышечные спазмы</p>
ПК-4	244.	<p>Санаторно-курортное лечение больным с травмой спинного мозга показано у детей:</p> <p>а) спустя 1-2 месяца</p> <p>б) спустя 2-3 месяца</p>

		<ul style="list-style-type: none"> в) спустя 5-6 месяцев г) спустя 1 год д) спустя 2 года
Раздел 10 «Опухоли нервной системы»		
ПК-4	245.	<p>Первичным источником метастатических опухолей ЦНС чаще является Рак:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) легких б) желудка в) грудной железы г) матки д) предстательной железы
УК-1	246.	<p>Синдром Бурденко-Крамера (тенториальный) указывает на локализацию опухоли в:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) базальных отделах лобной доли б) базальных отделах затылочной доли в) стволе мозга г) височной доле д) теменной доле
ПК-1	247.	<p>Наиболее информативный метод инструментальной диагностики опухолей краниовертебральной локализации:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) рентгенография черепа б) рентгеновская компьютерная томография в) магнитно-резонансная томография г) пневмоэнцефалография д) церебральная ангиография
ПК-1	248.	<p>Белок 1,6 г/л, цитоз – 6 кл. в 1 мкл в спинномозговой жидкости отражают, скорее всего, наличие у больного:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) серозного воспаления оболочек б) гнойного воспаления оболочек в) опухоли головного мозга г) субарахноидального кровоизлияния д) нормальный состав жидкости
ПК-1	249.	<p>Синдром Фостера-Кеннеди указывает на расположение опухоли в:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) затылочной доле б) стволе мозга в) мозжечке г) базальных отделах лобной доли д) височной доле
ПК-1	250.	<p>Больному в положении лежа произведена диагностическая люмбальная пункция. В результате чего получен прозрачный ликвор, давление которого составило 200 мм. вод. ст. При лабораторном исследовании обнаружен белок в количестве 2,8 г/л; 3 лимфоцита в 1 мкл; отрицательная реакция Вассермана. Данные исследования спинномозговой жидкости указывают на:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) туберкулезный менингит б) субарахноидальное кровоизлияние

		<p>в) нейросифилис г) опухоль головного мозга д) норму</p>
ПК-1	251.	<p>Синдром Бурденко-Крамера (тенториальный) указывает на локализацию опухоли в: а) базальных отделах лобной доли б) базальных отделах затылочной доли в) стволе мозга г) височной доле д) теменной доле</p>
ПК-1	252.	<p>Альтернирующие синдромы характерны для опухолей с локализацией: а) в подкорковых узлах б) в спинном мозге в) в полушариях мозга г) в стволе мозга д) в мозжечке</p>
ПК-1	253.	<p>Белок 1,6 г/л, цитоз – 6 кл. в 1 мкл в спинномозговой жидкости отражают, скорее всего, наличие у больного: а) серозного воспаления оболочек б) гнойного воспаления оболочек в) опухоли головного мозга г) субарахноидального кровоизлияния д) нормальный состав жидкости</p>
ПК-1	254.	<p>Наиболее высоким уровнем накопления изотопа при проведении радионуклидной г-сцинтиграфии отличаются: а) менингиомы б) краниофарингиомы в) аденомы гипофиза г) невриномы VIII нерва д) астроцитомы</p>
ПК-1	255.	<p>Наиболее информативный метод инструментальной диагностики микроаденом гипофиза: а) исследование полей зрения б) рентгенография турецкого седла в) рентгеновская компьютерная томография г) магнитно-резонансная томография д) эхоэнцефалоскопия.</p>
ПК-1	256.	<p>Характерный ликворологический признак опухолей спинного мозга: а) плеоцитоз б) белково-клеточная диссоциация в) клеточно-белковая диссоциация г) снижение белка д) нормальный состав ликвора</p>
ПК-1	257.	<p>Острое появление у больного с опухолью мозга резкой головной боли, головокружения, рвоты, нарушений функции дыхательного и сосудо-</p>

		двигательного центра связано: а) с подъемом артериального давления б) с развитием приступа окклюзии на уровне IV желудочка в) с резким падением артериального давления г) с поражением вестибулярного рецепторы д) ничего из перечисленного
ПК-1	258.	Наиболее информативный метод инструментальной диагностики опухолей краниовертебральной локализации: а) рентгенография черепа б) рентгеновская компьютерная томография в) магнитно-резонансная томография г) пневмоэнцефалография д) церебральная ангиография
ПК-1	259.	Наиболее информативный метод инструментальной диагностики микроаденом гипофиза: а) исследование полей зрения б) рентгенография турецкого седла в) рентгеновская компьютерная томография г) магнитно-резонансная томография д) эхоэнцефалоскопия.
ПК-1	260.	При появлении у больного с гипертензионными симптомами атаксии, атонии, асинергии, адиадохокинеза и дисметрии можно заподозрить опухоль: а) лобной доли б) височной доли в) полушарий мозга г) затылочной доли д) мозжечка
ПК-1	261.	Наиболее типичные изменения психики при опухолях лобных долей все, кроме: а) эйфория и дурашливость б) снижение критики к своему состоянию в) плоские шутки г) неопрятность д) педантичность
ПК-1	262.	У детей наиболее часто встречаются опухолевое поражение: а) гипофиза б) шишковидной железы в) в области передней черепной ямки г) в области задней черепной ямки д) моста
ПК-1	263.	У детей чаще, чем у взрослых, развиваются опухоли нейроэктодермального ряда, в частности: а) саркомы б) арахноэндотелиомы в) эпендимомы

		г) тератомы д) глиомы
ПК-1	264.	42. Методом выбора дополнительного исследования при опухолях спинного мозга является: а) ангиография б) пневмомиелография в) спондилография г) МРТ спинного мозга д) дискография
Раздел 11 «Неотложные состояния в неврологии»		
ПК-8	265.	Нарушение сознания у больных сахарным диабетом возникает при уровне сахара в крови: а) менее 2 ммоль/л б) 2-6 ммоль/л в) 6-8 ммоль/л г) 8-10 ммоль/л д) 10-12 ммоль/л
ПК-1	266.	Развитие синдрома Уотерхауса - Фридериксена (острой надпочечниковой недостаточности) характерно для тяжелого течения: а) стафилококкового менингита б) пневмококкового менингита в) менингита, вызванного вирусом Коксаки г) менингококкового менингита д) лимфоцитарного хориоменингита
ПК-8	267.	Расстройство сознания, характеризующееся прекращением словесного контакта при сохранении реакции в виде открывания глаз на сильные внешние раздражители и защитной двигательной реакции на боль соответствует: а) ясному сознанию б) умеренному оглушению в) сопору г) умеренной коме д) терминальной коме
ПК-1	268.	Основной метод, подтверждающий смерть головного мозга: а) рентгеновская КТ б) МРТ в) эхоэнцефалоскопия г) ЭЭГ д) рентгенография черепа
ПК-1	269.	Эпилептический статус диагностируется, если припадки продолжаются более: а) 10 минут б) 30 минут в) 3-х часов г) 12 часов д) 24 часов

ПК-8	270.	Мышечные релаксанты применяют: а) при введении назогастрального зонда б) при катетеризации мочевого пузыря в) при интубации трахеи г) при спазме привратника желудка д) при бронхоспазме
ПК-2	271.	Для коррекции метаболического ацидоза в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы показана внутривенная инфузия: а) 5% раствора глюкозы б) 4% раствора бикарбоната натрия в) раствора поляризующей смеси г) любого из перечисленных растворов д) верно а) и б)
ПК-8	272.	При отсутствии эффекта от проводимой противосудорожной терапии у больного с эпилептическим статусом методом последующего выбора является: а) дача больному наркоза с переводом на аппаратное дыхание б) повторные люмбальные пункции в) еще большее увеличение дозы противосудорожных препаратов г) увеличение дозы противоотечных препаратов д) ничего из перечисленного
Раздел 12 «Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы»		
ПК -5	273.	В терминальной стадии больные рассеянным склерозом чаще всего погибают от: а) инфаркта миокарда б) печеночной недостаточности в) пневмонии и восходящей инфекции мочевых путей г) геморрагического инсульта д) ишемического инсульта
ПК-1	274.	К демиелинизирующим заболеваниям нервной системы относится: а) амиотрофический боковой склероз б) сирингомиелия в) полиомиелит г) хорея Гентингтона д) рассеянный склероз
ПК-1	275.	Наиболее информативный метод диагностики при рассеянном склерозе: а) обзорная краниография б) ЭЭГ в) МРТ головного мозга с контрастным усилением г) дуплексное сканирование д) КТ головного мозга
ПК-1	276.	Дебют рассеянного склероза приходится чаще всего на возраст: а) от 3 до 10 лет б) от 10 до 20 лет

		<p>в) от 20 до 40 лет г) от 40 до 60 лет д) старше 60 лет</p>
ПК-1	277.	<p>Наиболее информативны данные магнитно-резонансной томографии головного мозга при диагностике:</p> <p>а) экстракраниальных стенозов магистральных артерий мозга б) врожденных аномалий сосудов мозга в) стенозов, тромбозов крупных мозговых артерий г) демиелинизирующего процесса д) ничего из перечисленного</p>
ПК-2	278.	<p>Рассеянный склероз относится к заболеваниям:</p> <p>а) сосудистым б) инфекционным в) дисметаболическим г) аутоимунным д) дегенеративным</p>
ПК-2	279.	<p>Для купирования обострения рассеянного склероза применяют:</p> <p>а) пульс-терапию метилпреднизолоном б) тиамин в) церебролизин г) копаксон д) баклофен</p>
ПК-2	280.	<p>Для коррекции патологической мышечной спастичности при рассеянном склерозе целесообразно назначить один из следующих ГАМК-ергических препаратов</p> <p>а) аминалон б) фенибут в) баклофен г) пантогам д) актовегин</p>
ПК-2	281.	<p>При ремиссии рассеянного склероза показано применение:</p> <p>а) иммуностимуляторов б) плазмафереза в) глюкокортикоидов г) цитостатиков д) все перечисленное</p>
ПК-2	282.	<p>Для лечения обострения рассеянного склероза используются:</p> <p>а) кортикостероиды и плазмаферез б) карбамазепин в) коагулянты г) нейролептики д) антидепрессанты</p>
ПК-2	283.	<p>Использование глюкокортикоидов в лечении рассеянного склероза:</p> <p>а) показано в периоде обострения б) показано в периоде ремиссии</p>

		<p>в) обязательно</p> <p>г) не целесообразно</p> <p>д) противопоказано</p>
13. «Проектная деятельность»		
УК-2	284.	<p>Проект - это:</p> <p>а) комплекс взаимосвязанных мероприятий, направленный на создание уникального продукта или услуги в условиях временных и ресурсных ограничений;</p> <p>б) комплекс взаимосвязанных мероприятий, направленный на создание уникального продукта или услуги;</p> <p>в) бизнес-план;</p> <p>г) инвестиционный план;</p> <p>д) создание уникального продукта или услуги в условиях временных и ресурсных ограничений.</p>
УК-2	285.	<p>Управление проектом - это:</p> <p>а) планирование, организация и контроль трудовых, финансовых и материально-технических ресурсов проекта, направленные на эффективное достижение целей проекта;</p> <p>б) планирование, организация и контроль трудовых, финансовых и материально-технических ресурсов проекта;</p> <p>в) планирование трудовых, финансовых и материально-технических ресурсов проекта, направленные на эффективное достижение целей проекта;</p> <p>г) организация трудовых, финансовых и материально-технических ресурсов проекта, направленные на эффективное достижение целей проекта;</p> <p>д) контроль трудовых, финансовых и материально-технических ресурсов проекта, направленные на эффективное достижение целей проекта.</p>
УК-2	286	<p>Команда проекта – это:</p> <p>а) совокупность лиц, групп и организаций, объединенных во временную организационную структуру для выполнения работ проекта;</p> <p>б) совокупность лиц, групп и организаций, объединенных в организационную структуру для выполнения работ проекта;</p> <p>в) совокупность лиц, объединенных во временную организационную структуру для выполнения работ проекта;</p> <p>г) совокупность организаций, объединенных во временную организационную структуру для выполнения работ проекта;</p> <p>д) совокупность групп, объединенных во временную организационную структуру для выполнения работ проекта.</p>
УК-2	287	<p>Управление проектом включает:</p> <p>а) совокупность процессов инициации, планирования, организации исполнения, контроля и завершения проекта;</p> <p>б) совокупность процессов инициации, планирования, организации исполнения проекта;</p> <p>в) совокупность процессов организации исполнения, контроля и завершения проекта;</p> <p>г) любой набор действий, которые считает целесообразным осуществить руководитель проекта.</p>
УК-2	288	<p>Согласно методу инновационных проектов управление проектом - это:</p> <p>а) предположение о неограниченности ресурсов и важности только исполнения сроков и качества;</p> <p>б) важность качества при гибкости ресурсов и сроков;</p>

- | | |
|--|---|
| | в) неизменность требований, низкие риски, жесткие сроки;
г) высокие риски проекта. |
|--|---|

Задания для проверки практических навыков

1. Провести детальный сбор жалоб пациента
2. Провести сбор анамнеза заболевания пациента
3. Провести сбор анамнеза жизни пациента
4. Провести сбор инфекционного анамнеза пациента
5. Провести сбор аллергологического анамнеза пациента
6. Провести сбор экспертного анамнеза пациента
7. Провести общий осмотр пациента
8. Провести неврологический осмотр пациента
9. Сформулировать диагноз
10. Сделать запись в лист назначений
11. Оценить показатели общеклинических лабораторных исследований (в т.ч. биохимических, коагулограммы).
12. Оценить результаты дополнительных инструментальных методов обследования
13. Определить необходимость применения специфических методов исследования
14. Определить показания к госпитализации
15. Оценить тяжесть состояния больного
16. Выработать план ведения больного

Ситуационные задачи

1. Больная 20 лет. Заболела остро, после родов появилось двоение при взгляде вправо. Диплопия сохранялась 2 недели, затем исчезла. Через год стала пошатываться при ходьбе, ослабели ноги, появилась дизартрия. При осмотре: эйфорична, горизонтальный нистагм. Брюшные рефлексы отсутствуют. Спастический парез нижних конечностей. Симптом Бабинского с 2-х сторон. При пальценосовой пробе - интенционное дрожание и дисметрия. Адиадохокинез. В позе Ромберга пошатывается. Императивные позывы на мочеиспускание. Поставить предварительный диагноз.
2. Мужчина 55-ти лет доставлен в больницу в связи с внезапно развившейся слабостью в левых конечностях. Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет периодически отмечаются повышения артериального давления до 180/110 мм рт. ст. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление — 190/115 мм рт. ст., пульс — 80 ударов в минуту, ритм правильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, слабость нижней части мимической мускулатуры слева, снижение силы в левых конечностях до 3-х баллов, оживление сухожильных рефлексов слева, симптом Бабинского слева. Поставить предварительный диагноз.
3. Больная 19 лет. В течение последнего года стала отмечать опускание век. Через несколько месяцев появились быстрая утомляемость в мышцах рук, особенно при поднятии их вверх, утомляемость в ногах, не могла подниматься по лестнице, во время ходьбы часто отдыхала. При поступлении состояние удовлетворительное, соматической патологии не выявлено. В неврологическом статусе менингеальных симптомов нет, выявляется мышечная слабость даже при небольшой физической нагрузке (не может несколько раз зажмурить глаза, устает при жевании, с трудом поднимается по лестнице). После физической нагрузки отмечаются мышечная гипотония, угнетение сухожильных рефлексов. Через 15 мин после введения 1,0 мл прозерина больная активна, свободно встает и ходит. Поставить предварительный диагноз.
4. Больной 40 лет поступил в отделение в тяжелом состоянии. Со слов родственников сегодня внезапно на фоне эмоционального стресса возникла сильная головная боль. Отмечалась однократная рвота, кратковременное психомоторное возбуждение, сменившееся угнетением сознания. В анамнезе у больного частые приступы головной

- боли по поводу чего проведена МР ангиография сосудов головного мозга, на которой была выявлена аневризма основной артерии. При осмотре состояние тяжелое. Уровень сознания - глубокий сон. Выраженный менингеальный синдром в виде ригидности мышц шеи, Кернига с двух сторон. Симптомов поражения черепных нервов, парезов конечностей нет. Отмечается двусторонний симптом Бабинского. Другой очаговой неврологической симптоматики не выявляется. При люмбальной пункции получен окрашенный кровью ликвор, вытекающий под повышенным давлением. После центрифугирования жидкость ксантохромная, в осадке эритроциты покрывают все поле зрения. Поставить предварительный диагноз.
5. У больного 40 лет через две недели после перенесенного ОРЗ появилось онемение в стопах и слабость в них. Мышечная слабость быстро прогрессировала и распространилась на руки, изменился голос, стало трудно глотать. При обследовании: вялый тетрапарез, отсутствие глубоких рефлексов, гипестезия по типу “носков” и “перчаток”. Дисфагия, дисфония. Глоточный рефлекс отсутствует. Поставить предварительный диагноз.
 6. Больной Т, 18 лет. Заболел остро. Внезапно среди общего благополучия возникла сильная диффузная головная боль, тошнота, рвота. Боли в мышцах затылка, шеи, невыносимый озноб. Температура повысилась до 39,5С. Объективно: пульс ритмичный 60 ударов в минуту. Со стороны внутренних органов патологии нет. В неврологическом статусе: несколько заторможен. Резко выражена ригидность мышц затылка, положительные симптомы Кернига, Брудзинского. Парезов нет. Сухожильные рефлексы симметричные. Наблюдается световая тактильная и болевая гиперестезия. Анализ крови: СОЭ-29, лейкоциты -18000 в 1 мкл. Спинальная жидкость: мутная; давления-700мм.вод.ст., белок- 3г/л, цитоз 20000 нейтрофилов и 3 лимфоцита, сахар в норме. При бактериоскопии в нейтрофилах обнаружены менингококки. Поставить предварительный диагноз.
 7. Мужчина 55-ти лет доставлен в больницу в связи с развившемся два часа назад нарушением речи и слабостью в правых конечностях. Три года назад перенес инфаркт миокарда. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление — 180/100 мм рт. ст. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, спонтанная речь отсутствует, обращенную речь понимает плохо, движения глазных яблок вправо ограничены, парез нижней части мимической мускулатуры справа, девиация языка вправо, отсутствуют движения в правых конечностях, правосторонняя гемигипестезия, глубокие рефлексы D>S, живые, симптом Бабинского справа. Поставить предварительный диагноз.
 8. Женщина 30-ти лет предъявляет жалобы на приступообразные головные боли пульсирующего характера, чаще справа. Считает себя больной в течение 10-ти лет. Приступу цефалгии предшествуют зрительные нарушения в виде выпадения левых полей зрения. Зрительные нарушения длятся 10-15 мин, затем возникает головная боль. Приступ продолжается от 3-4 часов до 2-х суток и сопровождается тошнотой, рвотой, светобоязнью. Физическая нагрузка во время приступа резко усиливает боль. Приступ цефалгии провоцируется эмоциональным напряжением, длительным нахождением в душном помещении, иногда менструальным циклом. Частота приступов 1—2 в месяц. Аналогичные головные боли у матери и бабушки больной. При неврологическом исследовании нарушений не выявлено. Поставить предварительный диагноз.
 9. Родители 6-летнего мальчика в течение последнего года стали замечать, что периодически во время игры, еды или разговора ребенок как бы «застывает» на несколько секунд. В это время его глаза неподвижны, он не говорит, не отвечает на вопросы, а, вернувшись в обычное состояние, не помнит о кратковременном нарушении сознания. Такие приступы могут повторяться до нескольких десятков раз в день. Неврологических нарушений не выявлено. Поставить предварительный диагноз.
 10. У 52-летнего мужчины, страдающего туберкулезом легких, в течение месяца нарастают головная боль и общая слабость, отмечается повышение температуры тела до 37 °С. При обследовании: сознание ясное, ориентирован в месте и во времени, но на вопросы отвечает односложно, быстро истощается, ригидность шейных мышц, симптом Кернига с обеих сторон, других неврологических нарушений нет. Поставить предварительный диагноз.
 11. У 20-летнего мужчины в течение последних пяти лет происходят приступы потери сознания, которые начинаются с ощущения неприятного запаха в течение несколько

- секунд. Затем наступает потеря сознания, возникают тонические и клонические судороги в конечностях, прикус языка и непроизвольные мочеиспускание. Приступ длится несколько минут, после чего обычно беспокоит головная боль, события в период припадка больной не помнит. Сначала припадки возникали не чаще одного раза в полгода, в последний год они участились до одного раза в месяц. При обследовании изменений в неврологическом статусе не обнаружено. Поставить предварительный диагноз.
12. У женщины 25-ти лет появилась умеренная боль в правом глазном яблоке. На следующий день она заметила снижение остроты зрения на этот глаз. При офтальмоскопии на глазном дне выявлена деколорация височных половин дисков зрительных нервов. При неврологическом обследовании: оживление сухожильных рефлексов на верхних и нижних конечностях, отсутствие брюшных рефлексов, симптом Бабинского справа. Поставить предварительный диагноз.
 13. Молодого человека 22-х лет беспокоят нарастающая головная боль и повышение температуры тела до 37° С в течение недели. До заболевания считал себя практически здоровым, из перенесенных болезней помнит только о ветряной оспе и кори в детстве, а также о редких острых респираторных вирусных инфекциях. При обследовании: ригидность шейных мышц, симптом Кернига с обеих сторон, других неврологических нарушений нет. При люмбальной пункции получен мутноватый ликвор, состав цереброспинальной жидкости: увеличение количества клеток до 105 в мкл (90% — лимфоциты), белок 0,65 г/л, уровень глюкозы в норме, положительная реакция Вассермана. Поставить предварительный диагноз.
 14. Женщина 74-х лет обратилась в поликлинику по месту жительства в связи с тем, что час назад у нее возникла слабость в левой руке, которая полностью прошла в течение 10-ти минут. Последние 20 лет страдает гипертонической болезнью, 15 лет — сахарным диабетом. При обследовании: артериальное давление 160/90 мм рт. ст., пульс — 90 ударов в минуту, ритмичный, систолический шум на шее в проекции бифуркации правой общей сонной артерии, неврологических нарушений нет. Поставить предварительный диагноз.
 15. У молодой женщины 30-ти лет остро возникли сильная головная боль, тошнота, рвота, через несколько минут нарушилось сознание. Врачи «скорой медицинской помощи» выявили сопор, артериальное давление — 180/100 мм рт. ст., пульс — 80 ударов в минуту, ритм правильный. В неврологическом статусе: Ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига с 2-х сторон. Парезов и других неврологических нарушений не обнаружено. Поставить предварительный диагноз.
 16. Женщина 45-ти лет жалуется на боли в ногах и онемение в пальцах стоп в течение последних трех месяцев. На протяжении последних пяти лет злоупотребляет алкоголем. При обследовании: снижение болевой и температурной чувствительности по типу «носков» в нижних конечностях, утрата ахилловых рефлексов, мраморный оттенок кожи стоп, повышенная потливость стоп, других неврологических нарушений нет. Поставить предварительный диагноз.
 17. У больного боли по задненаружной поверхности голени и в стопе. Походка «петушиная» («степпаж»). Левая стопа «свисающая», слегка повернута кнутри. Не вызывается левый ахиллов рефлекс. Выявлена гипестезия на задненаружной поверхности голени и на стопе. Поставить предварительный диагноз.
 18. Больная М, 32 года. Заболевание началось пять лет назад, с периодических диффузных головных болей, возникающих приступообразно в различное время суток. Спустя год присоединилась аменорея. Затем постепенно стали увеличиваться лицо, руки, ноги. Обувь пришлось носить на три номера больше, чем до заболевания. Последний год особенно головная боль возникла после сна, утром, сопровождаясь тошнотой. Объективно: Акромегалическое лицо — резко выраженные дуги и скуловые кости, нос большой, губы толстые, нижняя челюсть выступает вперед. Кисти и стопы большие. Пульс -78 ударов в минуту. АД 120/70 мм.рт.ст. В неврологическом статусе: снижение полей зрения на белый и красный цвета. На глазном дне отмечаются не резко выраженные застойные соски зрительных нервов. Двигательных, координаторных и чувствительных расстройств нет. На краниограмме: увеличенное в размерах турецкое седло; усиление пальцевых вдавлений и сосудистого рисунка. Поставить

- предварительный диагноз.
19. Больной 17 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на повышение температуры, сильные головные боли, тошноту, повторную рвоту. Из анамнеза известно, что заболел 2 дня назад, когда повысилась температура до 40 С, появились сильные головные боли, светобоязнь, тошнота, рвота. При осмотре: состояние тяжелое. Лежит на боку, голова запрокинута назад, ноги согнуты в коленях и подтянуты к животу. Петехиальная сыпь на бедрах и ягодицах. Дезориентирован во времени и пространстве. Выраженный менингеальный синдром в виде грубой ригидности затылочных мышц, симптомов Кернига и Брудзинского с двух сторон. Очаговой неврологической симптоматики нет. При исследовании цереброспинальной жидкости цвет ее желтовато-зеленый, мутная, определяется нейтро-фильный плеоцитоз, незначительное снижение содержания глюкозы и хлоридов. При посеве ликвора обнаружен менингококк. Анализ ликвора: цвет - желтовато-зеленый, прозрачность - мутная, цитоз - клетки покрывают все поле зрения, нейтрофилы - более 1000 в мм³, лимфоциты - единичные, белок - 0.66 мг %, глюкоза - 0,38 г/л, хлориды - 110 ммоль/л. Поставить предварительный диагноз.
 20. Больная 57 лет. Первые симптомы заболевания появились в 45 летнем возрасте, когда стали отмечаться неритмичные, произвольные движения в различных мышечных группах, которые усиливались при волнении и исчезали во сне. В начале болезни временно могла подавлять эти насильственные движения и обслуживать себя. Через несколько лет после начала заболевания присоединились нарушения памяти, сузился круг интересов, снизился интеллект. При осмотре: больная из-за гиперкинеза гримасничает, жестикулирует, широко разбрасывает руки, при ходьбе раскачивается, пританцовывает. Из-за гиперкинеза речевой мускулатуры нарушена речь - она стала медленной и неравномерной. Поставить предварительный диагноз.
 21. Больной был прислан на консультацию по поводу постоянных подергиваний в мышцах правой руки, иногда и в мышцах ноги, которые появились несколько месяцев тому назад. Неделю тому назад отмечалось ухудшение состояния, резкое усиление этих подергиваний и развился припадок с потерей сознания.
Из анамнеза удалось установить, что год тому назад больной участвовал в туристическом походе по северному Уралу. По возвращению из поездки через 2 дня у него появилась сильнейшая головная боль, несколько раз была рвота, повысилась температура до 40 С. Вызванный врач поставил диагноз «Токсический грипп», назначил антибиотики. Тяжелое состояние было около 10 дней, затем температура постепенно снизилась, головная боль уменьшилась, но больной заметил, что у него ослабела левая рука, через 2-3 недели обнаружено похудание мышц предплечья и плеча слева. Больной не придавал этому значения, не фиксировал внимание врача, сам активно занимался физкультурой, через месяц слабость в руке стала меньше, а потом почти исчезла. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Со сторон черепно-мозговых нервов патологии нет. В правой руке и ноге имеются легкие миоклонические подергивание, которые периодически усиливаются. Слева в области надплечья и плеча отмечается легкая гипотрофия мышц. Сухожильные рефлексы справа несколько повышены, слева рефлекс с двухглавой и трехглавой мышц резко ослаблен коленный и ахиллов-достаточные. Патологических рефлексов нет. Чувствительность сохранена. Тонус мышц справа с элементами дистонии, в левой руке-понижен, в ноге - без патологии. Поставить предварительный диагноз.
 22. Женщина 73 лет в течение 10-ти лет страдает гипертонической болезнью, атеросклерозом церебральных артерий, ишемической болезнью сердца. Пять лет назад перенесла ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии с развитием слабости в правых конечностях и хорошим восстановлением неврологического дефицита. После инсульта стала отмечать снижение памяти, повышенную утомляемость, трудность выполнения умственной работы. В последние два года нарушения памяти нарастают и приводят к затруднениям при общении с другими людьми, элементарном самообслуживании. При обследовании: больная в ясном сознании, несколько растеряна, плохо ориентирована в месте и времени. Нейропсихологическое исследование определило выраженные нарушения памяти, пространственную апраксию и агнозию, симптомы амнестической афазии. В неврологическом статусе: снижение мышечной силы в правой верхней конечности до 4-х баллов, легкое снижение болевой чувствительности в ней, глубокие рефлексы D>S, живые. Поставить предварительный диагноз.
 23. Больной 31 года поступил в неврологическое отделение с жалобами на боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с иррадиацией по задне-наружной поверхности левого бедра и голени, ограничение движений. Вышеуказанные жалобы появились после поднятия тяжестей. При осмотре:

- состояние удовлетворительное, высокого роста, астенического телосложения. В неврологическом статусе: ограничены наклоны туловища вперед, в меньшей степени назад, положительные симптомы натяжения (Нери, Лассега) с двух сторон, больше слева, напряжение длинных мышц спины, сколиоз в пояснично-крестцовом отделе позвоночника вправо, снижение левого ахиллова рефлекс. На МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника между телами L5 и S1 позвонков определяется образование, выступающее в спинномозговой канал. Поставить предварительный диагноз.
24. Больная 42 лет поступила в неврологическое отделение с жалобами на головные боли, периодически возникающие тошноту и рвоту, общую слабость, слабость в левых конечностях. Из анамнеза известно, что вышеуказанные жалобы появились около 7-8 месяцев назад и постепенно нарастают. В течение последнего года в доме живет кошка. При осмотре: состояние средней тяжести, в сознании, правильно ориентирована. Беспокоит диффузная головная боль, перкуссия черепа умеренно болезненна. Легкая ригидность затылочных мышц, слабо-положительный симптом Кернига с 2-х сторон. Отмечается центральный парез лицевого и подъязычного нервов слева, тетрапарез со снижением силы в левой верхней конечности до 3, в левой нижней конечности - до 2 баллов, в правых конечностях - до 4 баллов. Левосторонняя гемипарестезия. Элементы сенсомоторной афазии. В цереброспинальной жидкости выявляется белково-клеточная диссоциация (цитоз - 12 лимфоцитов, белок - 1,6 мг %). На МРТ с контрастированием в полушариях головного мозга выявляются множественные накапливающие контраст очаги. Внутривенная аллергическая проба на токсоплазмоз положительная. Поставить предварительный диагноз.
25. У больного в возрасте 25 лет стали отмечаться слабость и прогрессирующая гипотрофия мышц лица и плечевого пояса. При осмотре отмечаются гипомимичное лицо («лицо сфинкса»), нарушение движений губами, не может сложить губы трубочкой, не может свистеть, при смехе ротовая щель приобретает горизонтальное положение (углы рта не поднимаются - «поперечный смех»), глазные щели неплотно смыкаются, лоб не наморщивает («полированный лоб»), губы - оттопыренные («губы тапира»). Мышцы верхнего плечевого пояса - гипотрофичны, сухожильные рефлексы снижены. Интеллект сохранен. Креатин-креатининовый обмен нарушен умеренно. На ЭМГ - признаки первичного поражения мышц. Поставить предварительный диагноз.
26. Больная А., 18 лет, обратилась с жалобами на асимметрию лица. Со слов больной за день до этого купалась в холодной воде, после чего повысилась температура до 38.7С и появилась боль в правом ухе. Объективно: со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Болезненность при пальпации козелка правого уха. В неврологическом статусе: асимметрия лица, правый глаз не закрывается, симптом Белла справа, слезотечение из правого глаза, больная не может нахмурить брови и наморщить лоб справа, жидкая пища вытекает из правого угла рта. Поставить предварительный диагноз.
27. Женщина 70-ти лет доставлена в больницу в связи с головной болью и слабостью в левых конечностях, которые возникли днем при уборке квартиры. В течение последних десяти лет отмечаются периодические подъемы артериального давления до 220/100 мм рт. ст., обычные значения артериального давления — 150/90 мм рт. ст. При обследовании: в со-знании, артериальное давление — 190/100 мм рт. ст., пульс — 70 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность затылочных мышц, парез нижней части мимических мышц слева, девиация языка влево, снижение силы в левой верхней конечности до 2-х баллов, в левой нижней конечности до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева. Поставить предварительный диагноз.
28. Больной 49 лет, с 22 лет отмечает пошатывание при ходьбе, дрожание конечностей, которое усиливается при движениях. Позднее присоединились нарушения координации движения с двух сторон, чуть больше слева. Эти нарушения постепенно нарастают, дрожание рук стало затруднять произвольные движения. Появился тремор головы по типу «нет-нет», речь стала отрывистой, смазанной. Дрожание рук приобрело постоянный характер. Нарушения координации и походки, выраженные в меньшей степени, также наблюдались у сестры больного. При осмотре: в сознании, ориентирован в месте и времени, адекватен, память снижена, несколько эйфоричен. В неврологическом статусе: средне-размашистый горизонтальный нистагм, усиливающийся в крайних отведениях глазных яблок. Дизартрия, скандированная речь. Парезов, нарушений поверхностной или глубокой чувствительности не выявлено. Выраженные нарушения координации в виде статико-локомоторной и динамической атаксии - интенционное дрожание и дисметрия при координаторных пробах, пошатывание в пробе Ромберга во все стороны, постоянное дрожание головы, конечностей, усиливающееся при волнении и при произвольных движениях. При офтальмологическом обследовании с использованием щелевой лампы выявляется зеленовато - коричневое кольцо по краю

- радужки с двух сторон. В анализе крови повышено содержание меди и снижено - церулоплазмина. Медь выявлена и в анализе мочи. Поставить предварительный диагноз.
29. Мужчину 53-х лет в течение двух месяцев беспокоят постоянные головные боли распирающего характера, которые усиливаются в утренние часы. В течение последней недели утром на высоте головных болей возникает рвота, появилась и нарастает слабость в правых конечностях. При обследовании: снижение мышечной силы в правых конечностях до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского справа. При эхоэнцефалографии выявлено смещение срединных структур мозга слева направо на 7 мм. Поставить предварительный диагноз.
30. Больная Б, 49 лет. Поступила в клинику с жалобами приступообразные боли в области нижней челюсти справа, длящиеся до 2 минут. Больная с 1985г.когда впервые появилась острая боль в нижней челюсти слева во время умывания, затем при приеме пищи и разговоре. Был удален 7 коренной зуб, который ее не беспокоил. После удаления зуба приступы болей на 3 месяца исчезли, однако затем появились чаще и интенсивнее. Объективно: внутренние органы без патологий. В неврологическом статусе: легкая гипестезия в области иннервации III ветви правого тройничного нерва. Курковые зоны в области края нижней губы справа. В момент приступа сохраняет полную неподвижность. Даже при легком дотрагивании до правой нижней челюсти возникает приступ жесточайших болей. Поставить предварительный диагноз.

Перечень вопросов к государственной итоговой аттестации

1. Произвольные движения и их расстройства. Симптомы поражения корково-мышечного пути на разных уровнях. Центральный и периферический парез.
2. Рефлекторная дуга, строение и функционирование. Уровни замыкания рефлексов в спинном мозге и стволе мозга, значение в топической диагностике.
3. Регуляция мышечного тонуса – спинальная рефлекторная дуга, гамма-система. Надсегментарные уровни регуляции мышечного тонуса. Исследования мышечного тонуса.
4. Экстрапирамидная система, роль в организации движений. Нейрофизиологические и нейрохимические механизмы регуляции деятельности экстрапирамидной системы, основные нейротрансмиттеры.
5. Семиотика и диагностика поражений стриопаллидума.
6. Мозжечок и вестибулярная система, анатомия и физиология. Семиотика поражения.
7. Координация движений и ее расстройства, клинические методы исследования. Виды атаксий – вестибулярная, лобная, сенситивная.
8. Чувствительность – виды чувствительности, проводящие пути. Виды и типы расстройств чувствительности. Центральные и периферические механизмы боли.
9. Спинной мозг и периферическая нервная система. Анатомия и физиология. Параклинические методы исследования – МРТ и КТ позвоночника, электронейромиография.
10. Семиотика поражения сегментов спинного мозга на различных уровнях, передних и задних корешков, сплетений, периферических нервов. Синдром Броун-Секара. Сирингомиелитический синдром.
11. Семиотика и диагностика поражений периферических нервов, ганглиев, корешков.
12. Строение ствола головного мозга. Семиотика его поражения на различных уровнях. Альтернирующие синдромы.
13. Семиотика и диагностика поражений 1 пары черепных нервов.
14. Семиотика и диагностика поражений 2 пары черепных нервов.
15. Семиотика и диагностика поражений 3,4,6 пары черепных нервов. Медиальный продольный пучок. Регуляция зрения.
16. Семиотика и диагностика поражений 5 пары черепных нервов.

17. Семиотика и диагностика поражений 7 пары черепных нервов. Клиника поражения лицевого нерва на различных уровнях.
18. Семиотика и диагностика поражений 8 пары черепных нервов.
19. Семиотика и диагностика поражений 9,10 пары черепных нервов. Бульбарный и псевдобульбарный синдромы.
20. Семиотика и диагностика поражений 11 пары черепных нервов.
21. Семиотика и диагностика поражений 12 пары черепных нервов.
22. Строение и функции вегетативной нервной системы.
Семиотика и диагностика поражений вегетативной нервной системы.
23. Семиотика поражения надсегментарных отделов вегетативной нервной системы.
24. Синдромы поражения парасимпатических образований вегетативной нервной системы.
25. Синдромы поражения симпатических образований вегетативной нервной системы.
26. Физиология произвольного контроля функций мочевого пузыря. Нейрогенный мочевой пузырь, задержка и недержание мочи, императивные позывы на мочеиспускание. Инструментальная и лекарственная коррекция нейрогенного мочевого пузыря.
27. Оболочки мозга. Цереброспинальная жидкость. Исследование цереброспинальной жидкости.
28. Семиотика и диагностика поражения лобной, теменной, височной, затылочной доли головного мозга.
29. Оценка данных нейроофтальмологических, отоневрологических, рентгенологических, контрастных методов исследования в неврологии.
30. Кровоснабжение головного мозга. Синдромы поражения артерий головного мозга.
31. Классификация сосудистых заболеваний головного мозга. Острые нарушения мозгового кровообращения. Базисная и дифференцированная терапия инсультов.
32. Геморрагический инсульт. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Хирургическое лечение острых нарушений мозгового кровообращения.
33. Ишемический инсульт. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
34. Преходящие нарушения мозгового кровообращения. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
35. Транзиторные ишемические атаки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
36. Хронические нарушения мозгового кровообращения. Нейро-визуализационные методы исследования. Сосудистая деменция. Дифференциальный диагноз с болезнью Альцгеймера. Лечение дисциркуляторной энцефалопатии.
37. Классификация заболеваний периферической нервной системы. Мононевропатии и полиневропатии. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
38. Невропатия срединного, локтевого, лучевого, малоберцового, большеберцового нервов. Туннельные синдромы. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
39. Невропатия лицевого нерва. Невралгия тройничного нерва. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
40. Невралгии. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
41. Вертеброгенные поражения нервной системы. Классификация, этиология, патогенез, стадии, клинко-патогенетические формы неврологического проявления при остеохондрозе позвоночника. Методы нейровизуализации – спондилография, КТ, МРТ позвоночника.
42. Рефлекторные синдромы при вертеброгенных поражениях нервной системы. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.

43. Корешковые синдромы при вертеброгенных поражениях нервной системы. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
44. Сосудисто-корешковые и сосудисто-спинальные синдромы при вертеброгенных поражениях нервной системы. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
45. Инфекционные заболевания нервной системы. Классификация. Диагностический алгоритм. Лечение менингококкового менингита.
46. Гнойные менингиты – первичные и вторичные. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
47. Серозные менингиты – первичные и вторичные. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
48. Вирусные энцефалиты. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
49. Первичные энцефалиты. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
50. Вторичные энцефалиты. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
51. Рассеянный склероз. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
52. Эпилепсия. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение. Лечение эпилептического статуса.
53. Неврозы. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
54. Вегетативная дистония. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
55. Мигрень, пучковая головная боль, головная боль напряжения, абюзусная головная боль. Клиника, диагностика, лечение.
56. Прогрессирующие мышечные дистрофии. Миопатия Дюшена, Беккера, Ландузи-Дежерина, Эрба-Рота Клиника, диагностика, лечение, дифференциальная диагностика, медико-генетические аспекты.
57. Миастения. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Лечение миастенического криза, холинергического криза.
58. Миотония Томсена и дистрофическая миотония –клиника, диагностика, лечение, прогноз.
59. Дегенеративные заболевания нервной системы. Сирингомиелия. Этиология, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
60. Наследственные заболевания нервной системы с преимущественными поражениями экстрапирамидной системы. Клиника, диагностика, лечение, дифференциальная диагностика, медико-генетические аспекты.
61. Наследственные заболевания нервной системы с преимущественными поражениями спинного мозга, мозжечка. Клиника, диагностика, лечение, дифференциальная диагностика, медико-генетические аспекты.
62. Нервно-мышечные заболевания. Спинальные амиотрофии. Клиника, диагностика, лечение, дифференциальная диагностика, медико-генетические аспекты.
63. Боковой амиотрофический склероз. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.

Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

Список рекомендуемой литературы:

а) Основная литература

1. Никифоров А.С., Общая неврология / А. С. Никифоров, Е. И. Гусев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с. - ISBN 978-5-9704-3385-0 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433850.html>
2. Петрухин А.С., Неврология / Петрухин А. С., Воронкова К. В., Лемешко И. Д. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -

URL : <http://www.studentlibrary.ru/book/06-COS-2386.html>

б) Дополнительная литература

1. Епифанов В.А., Реабилитация в неврологии / Епифанов В.А., Епифанов А.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 416 с. (Библиотека врача-специалиста) - ISBN 978-5-9704-3442-0 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434420.html>
2. Новикова Л.Б. Церебральный инсульт: нейровизуализация в диагностике и оценке эффективности различных методов лечения. Атлас исследований [Электронный ресурс] / Новикова Л.Б., Сайфуллина Э.И., Скоромец А.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970421871.html>
3. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия. В 2 т. Т. 1. Неврология [Электронный ресурс]: учебник / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова; под ред. А.Н. Коновалова, А.В. Козлова. - 4-е изд., доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429013.html>
4. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия. В 2 т. Т. 2. Нейрохирургия [Электронный ресурс]: учебник / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова; под ред. А.Н. Коновалова, А.В. Козлова. - 4-е изд., доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429020.html>
5. Кадыков А.С., Практическая неврология: руководство для врачей / Под ред. А.С. Кадыкова, Л.С. Манвелова, В.В. Шведкова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 448 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-1711-9 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970417119.html>

Учебно-методическая литература

1. Схема истории болезни неврологического больного [Электронный ресурс] : электрон. учеб. курс : учеб.-метод. руководство / Н. Е. Золотухина [и др.] ; УлГУ. - Электрон. текстовые дан. - Ульяновск: УлГУ, 2015. URL^ <http://edu.ulsu.ru/courses/714/interface/>
2. Этапы оказания помощи при инсульте в Ульяновской области [Электронный ресурс] : электрон. учеб. курс : учеб. пособие / Л. А. Белова [и др.] ; УлГУ. - Электрон. текстовые дан. - Ульяновск : УлГУ, 2015 URL^ <http://edu.ulsu.ru/courses/702/interface/>
3. Эпидемиология острых нарушений мозгового кровообращения [Электронный ресурс] : электрон. учеб. курс : учеб.-метод. пособие / В. В. Машин [и др.] ; УлГУ. - Электрон. текстовые дан. - Ульяновск: УлГУ, 2015. URL^ <http://edu.ulsu.ru/courses/701/interface/>
4. Машин В.В. Этиопатогенез, клиника, классификация, диагностика и лечение невро-

б) программное обеспечение

СПС Консультант Плюс

НЭБ РФ

ЭБС IPRBooks

АИБС "МегаПро"

ОС Microsoft Windows

«МойОфис Стандартный»

