

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов»

Медицинский институт
факультет/институт

ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Направление подготовки/специальности

31.08.42 Неврология

(указываются код и наименование направления подготовки/специальности)

Направленность программы (направленность (профиль), специализация)

клиническая медицина

(наименование образовательной программы в соответствии с направленностью (профилем))

Квалификация выпускника врач-невролог

указывается квалификация выпускника в соответствии с приказом Минобрнауки России от 12.09.2013г. №1061)

2021 г.

1. Общие положения

1.1. Ответственность и порядок действий по подготовке и проведению государственных итоговых испытаний в РУДН, а также перечень, очередность, сроки прохождения документов, необходимых для осуществления государственной итоговой аттестации, между структурными подразделениями определяет Порядок проведения итоговой государственной аттестации обучающихся.

1.2. Государственная итоговая аттестация по
31.08.42 неврологии
включает НЕВРОЛОГИЯ

1.3. Результаты любого из видов аттестационных испытаний, включенных в государственную итоговую аттестацию, определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

2. Цели и задачи государственной итоговой аттестации

2.1. Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основных образовательных программ требованиям ОС ВО РУДН.

Государственная итоговая аттестация включает государственный экзамен, установленный Ученым советом университета, и (или) защиту выпускной квалификационной работы (ВКР).

2.2. Задачами государственной итоговой аттестации являются:

- проверка качества обучения личности основным естественнонаучным законам и явлениям, необходимым в профессиональной деятельности;
- определение уровня теоретической и практической подготовленности выпускника к выполнению профессиональных задач в соответствии с получаемой квалификацией;
- установление степени стремления личности к саморазвитию, повышению своей квалификации и мастерства;
- проверка сформированности устойчивой мотивации к профессиональной деятельности в соответствии с предусмотренными ОС ВО РУДН видами профессиональной деятельности;
- проверка способности находить организационно-управленческие решения в нестандартных ситуациях и готовность нести за них ответственность;
- обеспечение интеграции образования и научно-технической деятельности, повышение эффективности использования научно-технических достижений, реформирование научной сферы и стимулирование инновационной деятельности;
- обеспечение качества подготовки в соответствии с требованиями ОС ВО РУДН.

3. Программа государственного экзамена.

3.1. Государственный экзамен проводится в устной форме,

3.2. В рамках проведения государственного экзамена проверяется степень освоения выпускников следующих компетенций:

Универсальные компетенции (далее – УК):

УК 1 - готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

УК2 - готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;

УК3- готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому

регулированию в сфере здравоохранения.

Профессиональные компетенции (далее – ПК):

профилактическая деятельность:

ПК1 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

ПК2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;

ПК3 - готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;

ПК4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков;

диагностическая деятельность:

ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ);

лечебная деятельность:

ПК6 - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи;

ПК7 - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;

реабилитационная деятельность:

ПК8 - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;

психолого-педагогическая деятельность:

ПК9 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

организационно-управленческая деятельность:

ПК10 - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

ПК11 - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

ПК12- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

3.3. Объем государственного экзамена: 25 билетов, в каждом билете три вопроса и одна задача. Экзаменационный тест состоит из 50 вопросов. Банк экзаменационных тестов состоит из 200 вопросов

Содержание государственного экзамена:

3.4

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ

1. Фило- и онтогенез нервной системы. Структурная единица нервной системы – нейрон, его строение и функциональное значение.
2. Основные отделы нервной системы. Цитоархитектоника коры головного мозга. Особенности строения новой, старой и древней коры.
3. Спинной мозг, его анатомия, афферентные и эфферентные проводящие пути спинного мозга.
4. Оболочки головного и спинного мозга. Ликворпродукция и ликворциркуляция. Анатомия, физиология, физические и химические свойства цереброспинальной жидкости.
5. Понятие о «произвольных» движениях. Пирамидная система, ее структурно-функциональные особенности (корковые поля, расположение проводящих путей во внутренней капсуле и стволе мозга, гомо- и контрлатеральный пирамидный путь, окончания путей на различных нейронах сегментарного аппарата спинного мозга).
6. Основные синдромы поражения пирамидного пути на различных уровнях и их патофизиологические механизмы.
7. Основные синдромы поражения пирамидного пути на различных уровнях и их патофизиологические механизмы.
8. Понятие об альтернирующих параличах. Варианты альтернирующих параличей
9. Экстрапирамидная система. Анатомия и физиология экстрапирамидной системы. Обмен нейромедиаторов в системе подкорковых ганглиев. Синдромы поражения подкорковых ганглиев: акинетико-ригидный синдром
10. Экстрапирамидная система. Анатомия и физиология экстрапирамидной системы. Обмен нейромедиаторов в системе подкорковых ганглиев. Синдромы поражения подкорковых ганглиев: гипотонически-гиперкинетический синдром.
11. Мозжечок. Анатомио-физиологические особенности и связи мозжечка с различными структурами головного и спинного мозга. Роль мозжечка в координации моторных систем.

12. Симптомы поражения мозжечка и их патофизиологические механизмы.
13. Понятие о рецепции и чувствительности. Классификация рецепторов: экстеро-, интеро-, проприорецепторы, их структурно- функциональные особенности. Афферентные системы в спинном и головном мозге
14. Синдромы поражения афферентных систем на различных уровнях. Периферический, сегментарный, корешковый, проводниковый, корковый и таламический типы нарушений чувствительности.
15. Современные методы клинического и параклинического исследований различных видов чувствительности
16. Зрительный нерв, соматотопическая проекция его волокон. Синдромы поражения зрительного анализатора на различных уровнях. Методы исследования зрительного анализатора
17. Вкусовой анализатор. Анатомия и структурно- функциональные особенности вкусового анализатора. Симптомы поражения, методы исследования вкусового анализатора.
18. Обонятельный анализатор. Анатомия и структурно- функциональные особенности обонятельного анализатора. Симптомы поражения, методы исследования обонятельного анализатора.
19. Вестибулярный анализатор. Анатомия и структурно- функциональные особенности вестибулярного анализатора.
20. Симптомы вестибулярных расстройств в зависимости от уровня поражения. Методы исследования вестибулярного анализатора.
21. Общее представление о морфологической организации сосудистой системы мозга. Роль виллизиева круга в осуществлении стабильностимозгового кровотока.
22. Слуховой анализатор. Анатомия и структурно- функциональные особенности слухового анализатора.
23. Синдромы поражения слухового анализатора в зависимости от уровня и характера патологического процесса. Основные методы исследования слуха.
24. Понятие вегетативной нервной системы. Функциональное значение в поддержании гомеостаза и взаимодействия с внешней средой.
25. Надсегментарные и сегментарные образования вегетативной нервной системы и особенности их взаимодействия. Методы исследования вегетативной нервной системы.
26. Синдромы моторной, сенсорной и амнестической афазии. Локализация поражения, симптомы, методы исследования
27. Исследование функции праксиса, синдромы идеаторной, моторной и конструктивной апраксии. Локализация поражения, симптомы, методы исследования
28. Исследование функции гнозиса. Синдромы зрительной, слуховой, обонятельной и вкусовой агнозии, астереогноз. Локализация поражения, симптомы, методы исследования.
29. Память, представления о механизмах краткосрочной и долговременной памяти и процессах запоминания, хранения и воспроизведения информации в нервной системе.
30. Мнестические расстройства, их классификация, патогенетические механизмы.
31. Геморрагический инсульт, основные формы, патогенез, клинические проявления. Тактика выбора нейрохирургического и консервативного лечения.

32. Распространенность цереброваскулярных заболеваний, летальность, факторы риска. Классификация церебро- васкулярных заболеваний.
33. Ишемический инсульт. патогенетические варианты (атеротромботический, кардиогенная эмболия, лакунарный, гемодинамический и т.д.). Основные клинические проявления.
34. Представление о ишемической полутени и «терапевтическом окне».
35. Дисциркуляторная энцефалопатия. Этиология, патогенез, клинические проявления в разных стадиях течения процесса. Возможности метаболической, нейротропной и вазоактивной терапии для терапевтической и социальной реабилитации больных
36. Возможности современных методов нейровизуализации в диагностике и изучении патогенеза инсульта. Методы исследования сосудов, кровоснабжающих головной мозг Ликвор при инсультах.
37. Понятие «кома». Классификация коматозных состояний: помрачение сознания, оглушение, сопор, акинетический мутизм, кома. Принципы неврологического обследования при коме.
38. Классификация эпилептических припадков, их патогенетическая основа и клиническая характеристика. Эпилептический статус, патогенетические механизмы, клинические формы, нарушение гомеостаза и функции внутренних органов, принципы терапии.
39. Невропатия лицевого нерва. Клинические проявления, этиология, патогенез, методы исследования, принципы терапии.
40. Полиневропатии (дифтерийная, диабетическая, алкогольная, свинцовая), особенности клинического течения, методы исследования, принципы терапии.
41. Клещевой энцефалит. Этиология, патогенез, клиника. Прогрессирующие формы клещевого энцефалита (эпилепсия Кожевникова, синдром БАС). Дифференциальная диагностика, лечение, профилактика. Принципы терапии и профилактики.
42. Полиомиелит: этиология, патогенез неврологических синдромов. Особенности течения. Принципы терапии. Значение вирусологических и серологических исследований для диагностики. Лечение в остром и восстановительном периодах. Профилактика. Методы диагностики. Лечение.
43. Эпидемический энцефалит Экономо. Патогенез и клиника острой и хронической стадии эпидемического энцефалита. Дифференциальная диагностика. Лечение.
44. Вертеброгенные заболевания нервной системы, радикулопатии, миелопатии. Клиника, патогенез, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
45. Туберкулезное поражение нервной системы: клинические формы, патогенез общемозговых и очаговых симптомов. Туберкулёзный менингит, туберкулёзный спондилит, солитарные туберкулы головного мозга. Основные методы бактериологического и серологического исследования. Принципы бактериостатической терапии
46. Нейросифилис: патогенез мезодермальных и эктодермальных форм нейросифилиса. Ранние и поздние формы заболевания, клиническая характеристика. Методы серологического исследования. Принципы современной терапии.
47. Неврологические аспекты иммунодефицитных состояний. Неврологические проявления СПИДа. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии.

48. Рассеянный склероз. Формализованные схемы оценки достоверности диагноза и тяжести неврологических расстройств при рассеянном склерозе. Дополнительные методы исследования в диагностике рассеянного склероза.
49. Боковой амиотрофический склероз, современное представление об этиологии и патогенезе, дополнительные методы исследования, клинические формы, принципы терапии.
50. Миастения. Роль аутоиммунных факторов в этиологии и патогенезе миастении. Современные данные о патологии нервно-мышечной передачи. Клинические формы, миастенический и холинергический кризис, принципы медикаментозного и клинического лечения.
51. Болезнь Паркинсона, современное представление об этиологии и патогенезе, дополнительные методы исследования, клинические формы, современные методы лечения.
52. Болезнь Альцгеймера, современное представление об этиологии и патогенезе, дополнительные методы исследования, клинические формы, современные методы лечения.
53. Хромосомные болезни: болезнь Дауна. Синдром Клайнфельтера и Шерешевского–Тернера. Принципы терапии и профилактики.
54. Нервно-мышечные заболевания: миопатия Дюшена, спинальные амиотрофии и другие нервно-мышечные заболевания - миотония Томсена, миотоническая дистрофия. Принципы лечения.
55. Паразитарные заболевания ЦНС. Этиология, патогенез, клиника. Диагностическое значение исследования ликвора, серологических реакций, рентгенографии, КТ и МРТ. Принципы терапии и профилактики. Эхинококкоз. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению.
56. Гепато-церебральная дистрофия (болезнь Вильсона-Коновалова), современное представление об этиологии и патогенезе, дополнительные методы исследования, клинические формы, современные методы лечения.
57. Церебральная ангиография, принцип метода, основные показания и противопоказания, возможные осложнения. Основные варианты изменений на церебральных ангиограммах.
58. Краниография и спондилография. Показания к данным методам и их диагностическая ценность. Рентгенологические признаки дегенеративных и деструктивных изменений позвоночника
59. Ультразвуковая доплерография (УЗДГ). Метод дуплексного сканирования. Его роль и возможности в оценке состояния сосудистой системы, Показания к применению.
60. ВП мозга, их значение для оценки состояния сенсорных систем. Классификация ВП. методические аспекты регистрации, диагностическое значение.
61. Эхоэнцефалография (ЭхоЭГ), принцип метода, показания к исследованию. Диагностическое значение смещения срединного сигнала (М-эхо), возможности метода при диагностике гидроцефалии, отека мозга, состояния смерти мозга.
62. Клиническая ЭЭГ, функциональные пробы, их диагностическое значение, показания и противопоказания к их применению. Роль ЭЭГ в диагностике эпилепсий

63. Лабораторные методы исследования СМЖ. Состав СМЖ в норме. Клинический и биохимический анализы СМЖ, их диагностическое значение.
64. Типичные ликворные синдромы при бактериальных внутричерепных процессах, нейроинфекциях, опухолях мозга, внутричерепных кровоизлияниях.
65. Современные методы исследования при черепно-мозговой и спинномозговой травме. Принципы консервативной и радикальной терапии.
66. Принципы медикаментозной и радикальной терапии эпилепсии. Механизмы терапевтического действия противосудорожных препаратов.
67. Миастения. Миастенический и холинергический кризы, принципы медикаментозного лечения.
68. Современные методы лечения рассеянного склероза, применение стероидных препаратов, цитостатиков, интерферона.
69. Современные принципы терапии невралгии тройничного нерва: консервативный и радикальной терапии.
70. Острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия Гийена-Барре, - методы исследования, принципы терапии.
71. Менингококковый менингит - лечение и профилактика.
72. Современные аспекты лечения неврологических осложнений алкоголизма.
73. Рентгеновская компьютерная томография (КТ). История развития, физические основы и принципы метода КТ.
74. Магнито - резонансная томография. Современные режимы МРТ: T-1, T-2, диффузионное и перфузионное взвешивание, режим с подавлением воды (Flair), методы функциональных исследований.
75. Церебральная ангиография, принцип метода, основные показания и противопоказания, возможные осложнения. Основные варианты изменений на церебральных ангиограммах.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Экзаменационная задача № 1.

Больная Н., 51 год жалуется на головную боль, повышение температуры тела до 39°, снижение памяти и способности к концентрации внимания, замедленность мыслительных процессов, потерю интереса к работе, нарушение сна. Указанные симптомы развились постепенно в течение 2 лет. При осмотре больная пониженного питания, эмоционально лабильна. Пальпируются увеличенные подчелюстные, подмышечные и паховые лимфоузлы. Определяется умеренное повышение мышечного тонуса по спастическому типу и равномерно оживленные рефлексы с рук и ног, патологические рефлексы Россолимо на руках и ногах, а также стопные рефлексы: Бабинского, Оппенгейма, Гордона с обеих сторон. В ликворе определяется небольшой лимфоцитарный плеоцитоз (48 клеток в 1 мкл), умеренное увеличение содержания белка, повышение концентрации IgG.

На МР-томограмме головного мозга выявлена церебральная атрофия с расширением корковых борозд и желудочковой системы. С помощью ИФА в крови обнаружены антитела к антигенам вируса ВИЧ.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные методы обследования?

5. Лечение?

Экзаменационная задача № 2.

Женщина 60 лет доставлена в больницу в связи с интенсивной головной болью и слабостью в левых конечностях, которые возникли при уборке квартиры. В течение длительного времени наблюдается кардиологом с диагнозом: «Гипертоническая болезнь». При обследовании: спутанное состояние сознания, гиперемия лица, артериальное давление – 210/120 мм рт. ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, выпадение левых полей зрения, парез нижней части мимических мышц слева, отсутствие движений в левых конечностях, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева, снижение всех видов чувствительности на левой половине лица, туловища и в левых конечностях. В дальнейшем состояние больной ухудшилось, появились сонливость и расходящееся косоглазие.

1. Неврологические синдромы?
2. Предполагаемое место поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Как объяснить ухудшение состояния больной?
5. Наиболее информативное дополнительное исследование?
6. Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?

Экзаменационная задача № 3

Больная Б., 45 лет, доставлена в приёмное отделение машиной скорой помощи через 30 мин от начала заболевания. На работе внезапно упала, потеряла сознание. Окружающие наблюдали у больной судороги, которые были более выражены в левых конечностях, кровавую пену у рта, непроизвольное мочеиспускание. Врач скорой помощи через 15 мин от начала заболевания отметил сопорозное состояние сознания и отсутствие движений в левых конечностях. При осмотре: больная в сознании, но сонлива. В контакт вступает неохотно, жалуется на головную боль. Рассказала, что 10 лет находится на диспансерном учёте по поводу ревматического порока сердца. Около месяца назад дома внезапно ощутила онемение и слабость в правой руке, в течение часа не могла говорить. Через сутки сила в руке восстановилась и к врачу больная не обращалась. Лицо бледное. Пульс ритмичный, 90 уд/мин. Над областью сердца выслушивается систолический и диастолический шумы, хлопающий первый тон, АД 110/80 мм рт. ст. Дыхание свободное, 20 в мин. В неврологическом статусе: зрачки D=S. Левосторонняя гомонимная гемианопсия. Опущен левый угол рта. Язык при девирует влево. Активные движения в левой руке и ноге отсутствуют. Сухожильные рефлексы слева выше, чем справа. На левой стопе вызываются патологические рефлексы Бабинского, Россолимо, Бехтерева, Жуковского. Левосторонняя гемианестезия. Менингеальных симптомов нет.

1. Клинические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Клинический диагноз?
4. Дополнительные методы обследования?
5. Лечение?

Экзаменационная задача № 4

Больная Т., 35 лет жалуется на затруднение ходьбы из-за шаткости и слабости в ногах, нарушение речи. Болеет в течение 10 лет, заболевание началось с ретробульбарного неврита слева, через 3 месяца зрение восстановилось. Через три года появилось двоение и шаткость при ходьбе, которые прошли после гормональной терапии кортикостероидами. Два года назад вновь появилась шаткость при ходьбе, к которой присоединилась слабость в ногах, онемение в них и дизартрия. Лечилась гормонами, но симптомы полностью не прошли, а стали постепенно нарастать. В неврологическом статусе: visus OS = 0,8; OD=1,0, горизонтальный нистагм, нижний центральный паразетоз с высоким спастическим мышечным тонусом, высокими коленными и ахилловыми рефлексамии, патологическими рефлексамии Бабинского, мозжечковая атаксия, гипестезия на ногах с уровня коленных суставов и выпадение вибрационной чувствительности на ногах. На момент осмотра отмечается стабилизация состояния. На МРТ головного мозга: множество гиперинтенсивных очагов демиелинизации в белом веществе полушарий головного мозга. На глазном дне: бледность дисков зрительных нервов с височных половин.

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Предполагаемая причина (этиология) заболевания?
4. Причина ухудшения состояния на 10-ый день с момента заболевания?
5. Дополнительные обследования и их предполагаемые результаты?
6. Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?

Экзаменационная задача № 5

Больную О., 50 лет беспокоят насильственные движения с зажмуриванием глаз, напряжением мимических и жевательных мышц (прикусывает язык), меньше во сне, и лежа, а так же при закладывании руки под голову, эмоциональная лабильность. Впервые учащенное моргание появилось около 5 лет назад на фоне 3 операций под общей анестезией (миома, грыжи), несколько позднее присоединилась жевательная мускулатура. В неврологическом статусе: Осмотр затрудняют пароксизмальные, следующие группами сокращения мышц лица с зажмуриванием глаз, сжатием челюстей, которых нет в положении лежа. Есть коррегирующие позы – при закладывании руки за голову гиперкинез уменьшается. Асимметрия носогубных складок. Язык по средней линии. Мягкое небо подвижно. Глотание, фонация в норме. Намечены рефлексии орального автоматизма. Сухожильные рефлексии высокие, без асимметрии, патологических рефлексии нет. Мышечная сила и тонус сохранены. ПНП и КПП без грубых дефектов. В позе Ромберга резкая шаткость. Ходьба без особенностей. МРТ головного мозга без патологии.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?
4. Лечение?

Экзаменационная задача № 6

Больной Г., 12 лет, поступил в клинику на 10-й день заболевания. Ребенок болен в течение двух недель, когда появилось недомогание, субфебрильная температура, частые головные боли, «беспричинная рвота», потеря аппетита, запоры. При осмотре: сонлив и вял, лежит с закрытыми глазами, запрокинув голову, с согнутыми в коленях и притянутыми к животу ногами, периодически вскрикивает и держит руками голову. Температура 39°, пульс 60 уд. в мин. АД 110/70 мм рт. ст. В неврологическом статусе: зрачки D>S, птоз и расходящееся косоглазие справа, снижение реакций зрачков на свет. Ригидность мышц затылка 3см., симптом Кернига под углом 100°. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Ликвор вытекает под давлением 300 мм водн. ст., бесцветный, прозрачный, белок 0,6г/л, цитоз 100 клеток в 1 мм³ с преобладанием лимфоцитов, при стоянии ликвора выпала нежная пленка фибрина. Концентрация сахара и хлоридов в ликворе снижена.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?
4. Лечение?

Экзаменационная задача № 7

У больного Б.. 40 лет, через две недели после перенесенного гнойного отита внезапно повысилась температура тела до 39°, появилась сильная головная боль, рвота, бред. В неврологическом статусе: больной загружен, оглушен, дезориентирован в месте и времени. Горизонтальный нистагм, сглажена правая носогубная складка, язык отклоняется вправо, снижена сила в правых конечностях до 3 баллов, мышечный тонус в них повышен, сухожильные рефлекс D>S, рефлекс Бабинского справа. Ригидность затылочных мышц 4 см, симптом Кернига под углом 90°. Больному произведена люмбальная пункция. Ликвор: вытекает под давлением 340мм вод.ст., мутный, плеоцитоз – 2327 клеток в 1 мкл за счет нейтрофилов, белок –3,07г/л, сахар – 35 г/л. При бактериоскопии ликвора обнаружены грамположительные диплококки.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?
4. Лечение?

Экзаменационная задача № 8

Больной 63 лет. Утром после сна, почувствовал головокружение и слабость левой руки и ноги. Слабость прогрессировала, и в течение трех дней развился паралич левых конечностей, а также стал плохо видеть правым глазом. Объективно: АД 110/70 мм рт. ст. Пульс ритмичный 80 ударов в минуту, удовлетворительного напряжения и наполнения. Тоны сердца глухие. Снижена пульсация правой сонной артерии. В неврологическом статусе: острота зрения: слева – 1,0, справа – 0,05. Поля зрения левого глаза сохранены. Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розового цвета с четкими контурами, артерии сетчатки сужены, извиты. Сглажена левая носогубная складка, язык при высовывании отклоняется влево. Отсутствуют активные движения в левых конечностях, тонус мышц в них повышен в сгибателях предплечья и разгибателях голени. Сухожильные и надкостничные рефлексы слева выше, чем справа. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. Определяется левосторонняя гемианестезия. Анализ крови: СОЭ – 10 мм/час, лейкоциты – 8000 в 1 мкл, протромбиновый индекс 113%. При каротидной

ангиографии обнаружена закупорка правой сонной артерии на 3см выше разделения общей сонной артерии на её основные ветви.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?
4. Лечение?

Экзаменационная задача № 9

Больной В., 20 лет. В 18-летнем возрасте в течение 3-5 дней отмечал двоение при взгляде вправо. Через год появилось пошатывание при ходьбе, больше вправо, слабость в ногах, периодически задержка мочеиспускания, которые прошли после гормональной терапии. Месяц назад, после стресса вновь почувствовал слабость в ногах и шаткость при ходьбе. В неврологическом статусе: легкое сходящееся косоглазие справа, диплопия при взгляде вправо, горизонтальный нистагм, скандированная речь, нижний спастический парез с высокими сухожильными рефлексам и патологическими рефлексам Бабинского, отсутствуют брюшные рефлексы, неустойчивость в позе Ромберга, походка с широко расставленными ногами. Мимопопадание и интенционный тремор в правой руке при выполнении пальценосовой пробы. На глазном дне – побледнение височных половин сосков зрительных нервов. На МРТ в белом веществе лобных и височных долей, а также в мозолистом теле множественные очаги демиелинизации.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?
4. Лечение?

Экзаменационная задача № 10

У мужчины 55 лет, постоянно принимающего фенилин в дозе 90 мг/сут после перенесённого инфаркта миокарда, возникли головная боль и нарушение зрения на «левый глаз». При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 160/100 мм рт.ст., частота сердечных сокращение – 76-125 в минуту, ритм неправильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, выпадение левых полей зрения, парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет. В биохимическом анализе крови протромбиновый индекс – 40%, международное нормализующее отношение – 4,0, в анализе мочи обнаружены эритроциты.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Предполагаемая причина (этиология) заболевания?
5. Дополнительные обследования и их предполагаемые результаты?
6. Лечение, если предварительный диагноз подтвердится?

Экзаменационная задача № 11

Больная В., 16 лет, доставлена в приемное отделение машиной скорой помощи. В сопроводительных документах указано, что с 10 лет страдает эпилепсией, систематически принимает бензонал. Сегодня один за другим возникло 3 приступа с потерей сознания и генерализованными судорогами тонико-клонического характера. При осмотре: сознание утрачено, пульс ритмичный, 96 уд. в мин. Тоны сердца приглушены, АД 150/100. Дыхание аритмичное из-за продолжающихся судорожных сокращений мышц. Температура тела 37,5°. Зрачки широкие, на свет не реагируют. В мимических и скелетных мышцах наблюдаются почти постоянные клонические судороги. Следы прикусов на языке, кровяная пена у рта, непроизвольное мочеиспускание. Сухожильные рефлексы снижены. С обеих сторон вызывается рефлекс Бабинского. Ригидность мышц затылка 3см., симптом Кернига под углом 130°.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Предполагаемая причина состояния?
5. Дополнительные обследования?
6. Лечение?

Экзаменационная задача № 12

Больную З., 55 лет беспокоит дрожание левой руки в покое, которое уменьшается при движении и усиливается при волнении; некоторая неловкость в левых конечностях, периодические головные боли, головокружение несистемного характера, шаткость при ходьбе. Впервые периодическое дрожание левой руки в покое отметила около 1 года назад, которое постепенно усиливается. В неврологическом статусе: зрачки D=S, слабость конвергенции. Асимметрия носогубных складок. Язык по средней линии. Глотание и фонация сохранены, глоточные рефлексы снижены. Легкая гипомимия. Намечены рефлексы орального автоматизма. Сухожильные рефлексы D=S. Мышечный тонус повышен по пластическому типу в левой ноге. Мышечная сила сохранена. ПНП, КПП выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга неустойчива. Ходьба в целом удовлетворительная, но снижен темп ходьбы, незначительные элементы атаксии. Легкая гипокинезия. Выражен тремор покоя левой руки, низкочастотный, крупноамплитудный.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования?
5. Лечение?

Экзаменационная задача № 13

Больной А., 40 лет. Жалобы на слабость в дистальных отделах нижних конечностей, изменение походки, постоянные парестезии и жгучие боли в стопах и голенях. В течение ряда лет больной употребляет алкоголь, заболевание развивалось постепенно. Объективно: симметричные парезы стоп с преимущественным поражением тыльных сгибателей стопы

и пальцев с атрофией мышц, походка «петушиная» (степпаж). Ахилловы рефлексы отсутствуют. Чувствительные расстройства имеют вид «носков». Нарушена вибрационная и тактильная чувствительность. Отечность, гиперпигментация кожи нижних конечностей.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования?
5. Лечение?

Экзаменационная задача № 14

Женщина, 32 лет жалуется на переходящую слабость в левой руке и ноге в течение года. Этот симптом почти полностью исчез за 2 месяца до госпитализации, но за последнюю неделю левая нога настолько ослабла, что больная стала часто спотыкаться при ходьбе. В течение последних 5 месяцев отмечалось периодическое недержание мочи. В возрасте 18 лет имел место эпизод диплопии, которая спонтанно регрессировала. В неврологическом статусе: снижение силы в левой руке до 4 баллов, в левой ноге до 2 – 3 баллов, повышение глубоких рефлексов на левых конечностях, отсутствие поверхностных брюшных рефлексов с обеих сторон, симптом Бабинского слева, гемипаретическая походка. При офтальмоскопии: побледнение височных половин дисков зрительных нервов.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования?
5. Лечение?

Экзаменационная задача № 15

Больной В.9 лет. Страдает приступами, которые появились около 3 месяцев назад без чёткой причинной связи, сопровождающимися кратковременной остановкой зрения, прекращением спонтанной двигательной активности, потерей контакта, наблюдаются автоматизированные движения(стереотипные движения в руках),а затем тонико-клоническими судорогами. Продолжительность приступа 2-3 минуты. Приступы повторяются 1 раз в неделю. На ЭЭГ комплексы «острая медленная волна» теменно-височной области левого полушария с генерализацией по всему конвексу при пробе с гипервентиляцией.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования?
5. Лечение?

Экзаменационная задача № 16.

Мужчина 57 лет, злоупотребляющий алкоголем, в состоянии опьянения получил травму головы. При обследовании в неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлялось. Сам больной предъявлял жалобы только на головную боль умеренной интенсивности. От дальнейшего обследования и лечения он категорически отказался и самостоятельно покинул стационар. Повторно больной доставлен в стационар бригадой «скорой медицинской помощи» через 3 суток. Со слов родственников, после возвращения из больницы он жаловался на усиление головных болей, поводом для госпитализации послужило нарушение сознания. При обследовании в стационаре: кома, спонтанное дыхание сохранено, пульс – 58 ударов в минуту, артериальное давление – 140 /80 мм. рт. ст. Правый зрачок шире левого; реакция зрачка на свет справа отсутствует, слева вялая. В ответ на болевое раздражение возникают нецеленаправленные движения в правых конечностях, движений в левых конечностях нет. В левых конечностях тонус повышен по спастическому типу, оживлены сухожильные рефлексы, выявляется симптом Бабинского.

1. Неврологические синдромы?
2. Причина ухудшения состояния и нарушения сознания?
3. Дополнительные обследования?
4. Лечение?

Экзаменационная задача № 17.

У мужчины 62 лет, длительно страдающего сахарным диабетом, в течение дня появилась и выросла общая слабость, возникла спутанность сознания. Со слов жены, в последние несколько дней отмечались колебания уровня сахара в крови, и больной самостоятельно, без консультации с врачом, увеличил дозу принимаемого инсулина. При обследовании: кожные покровы бледные и влажные, артериальное давление 140/90 мм рт.ст., частота пульса 90 ударов в минуту. Больной выполняет простейшие словесные инструкции, но дезориентирован в месте и времени, на вопросы отвечает односложно, быстро истощается, менингеальных симптомов и других неврологических нарушений нет. При исследовании глюкозы в крови её уровень составил 1,8 ммоль/л.

1. Характер и степень нарушения сознания?
2. Причина нарушения сознания?
3. Врачебная тактика?

Экзаменационная задача № 18

Мужчина 50 лет, длительно страдающей артериальной гипертонией, доставлен в больницу в связи с внезапным развитием интенсивной головной боли, слабости в левых конечностях и последующим нарушением сознания. При обследовании: сознание отсутствует, гиперемия лица, артериальное давление – 230/120 мм рт.ст., пульс – 110 ударов в минуту. Выявляется ригидность шейных мышц, глазные яблоки отведены вправо, сохранены зрачковые и роговичные рефлексы, отмечается парез нижней части мимических мышц слева, отсутствие движений в левых конечностях, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева. На болевые раздражения в правой половине лица, туловища и правых конечностях больной реагирует болевой гримасой, на болевые раздражения слева отсутствует реакция.

1. Неврологические синдромы?
2. Степень и характер нарушения сознания?
3. Топический диагноз?
4. Дополнительные обследования?

Экзаменационная задача № 19

Женщина 38 лет обратилась в связи с остро развившейся асимметрией лица и слабостью в правых конечностях. Из анамнеза известно, что в течение двадцати лет она курит по пачке сигарет в день, около десяти лет применяет оральные контрацептивы. В детском возрасте при эхокардиографии выявлено незаращение овального окна. При осмотре: сознание – ясное, артериальное давление – 120/80 мм рт. ст., пульс - 75 в минуту ритмичный, менингеальных симптомов нет. В неврологическом статусе – левая глазная щель шире правой, при закрывании левого глаза видна белая полоска склеры, отмечается слезотечение, сглажена левая носогубная складка, при улыбке перекося лица вправо, сила в правых конечностях снижена до 3-х баллов, отмечаются оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского справа.

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные методы обследования?
5. Лечение?

Экзаменационная задача № 20

Мужчина 68 лет в течение последних 20 лет страдает гипертонической болезнью и атеросклерозом церебральных артерий, на фоне которых перенес несколько ишемических инсультов с относительно хорошим восстановлением неврологического дефицита. В течение последних двух лет появились и нарастают снижение памяти и внимания, а также нарушение походки. При осмотре: больной в ясном сознании, правильно ориентирован в месте и времени, эмоциональный фон снижен. В неврологическом статусе: дизартрия, дисфония, оживление глоточных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма, в левых конечностях снижение мышечной силы до 4-х баллов с повышением сухожильных рефлексов и симптомом Бабинского. Походка: на широкой базе, шаг укорочен, шарканье, неустойчивость и тенденции к падению при поворотах. Нейропсихологическое исследование выявляет выраженное снижение концентрации внимания, нарушение динамического праксиса при умеренных расстройствах памяти и гнозиса.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные исследования?
5. Лечение?

Экзаменационная задача № 21

Женщина 36 лет предъявляет жалобы на слабость в ногах, затруднения при ходьбе, «похудание» мышц голеней, слабость в кистях рук. Считает себя больной с 16 лет, когда впервые отметила слабость в ногах. В дальнейшем слабость постепенно нарастала, к ней присоединились похудание мышц голеней и слабость в кистях рук. Сходные нарушения отмечались у мамы и бабушки больной. При обследовании выявляются полые стопы с деформацией пальцев, выраженная гипотрофия мышц голеней, легкая гипотрофия кистей, слабость тыльного сгибания стопы и пальцев до двух баллов, слабость подошвенного сгибания стопы до четырех баллов, отсутствие ахилловых рефлексов, снижение всех видов чувствительности по типу «носков».

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования?
5. Лечение?

Экзаменационная задача № 22

Женщина 64 лет жалуется на боли в голених и стопах, ощущение онемения и покалывания в этих областях, которые беспокоят в течение года. Длительное время страдает артериальной гипертонией, обычные значения артериального давления 150-160/90-100 мм рт.ст., регулярного лечения не проводит, последние три года отмечает сухость во рту, повышенную жажду, к врачам в связи с этими расстройствами не обращалась. При обследовании ослабление болевой и температурной чувствительности по типу «носков», снижение коленных рефлексов и отсутствие ахилловых рефлексов; вибрационная чувствительность на верхней ости – 12”, тазобедренных суставах – 8”, коленных суставах – 5”, на голеностопных суставах отсутствует; неустойчивость в пробе Ромберга при закрытии глаз.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования?
5. Лечение и прогноз заболевания?

Экзаменационная задача № 23

Мужчина 60 лет предъявляет жалобы на слабость в руках, ощущение тяжести в ногах, подергивания в мышцах рук и ног. Слабость в руках больной впервые отметил 8 месяцев назад, она постепенно нарастает, последние два месяца к ней присоединилось ощущение тяжести ног. При обследовании: выраженная гипотрофия мышц кистей и предплечий, фасцикуляции в мышцах рук и ног, слабость в дистальных отделах рук до 2-х баллов, слабость в проксимальных отделах рук до 4-х баллов, в ногах сила достаточная, сухожильные рефлексы на руках и ногах оживлены, рефлекс Бабинского с двух сторон, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?

4. Дополнительные обследования?
5. Лечение и прогноз заболевания?

Экзаменационная задача № 24

Мужчина, 50 лет, предъявляет жалобы на изменения голоса, затруднения при глотании, слабость в конечностях. Считает себя больным в течение года, когда впервые появились осиплость голоса и затруднения при глотании. Эти расстройства постепенно нарастали, в последние шесть месяцев к ним присоединилась слабость в конечностях. При обследовании: дисфагия, дисфония, дизартрия, мягкое небо свисает с обеих сторон, подвижность дужек мягкого неба при фонации ослаблена, глоточные рефлексы снижены, гипотрофия мышц языка, фибрилляции в языке, положительные симптомы орального автоматизма, оживлен нижнечелюстной рефлекс, гипотрофии мышц верхних и нижних конечностях, фасцикуляции в них, снижение силы в конечностях до 4-х баллов, сухожильные рефлексы оживлены, симптом Бабинского с двух сторон, чувствительных и других неврологических нарушений нет.

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Дополнительные обследования?
5. Лечение и прогноз заболевания?

Экзаменационная задача № 25

21-летний мужчина доставлен в приемное отделение больницы без сознания. Со слов сопровождающего друга, около одного часа назад мужчина внезапно остановился, затем упал с высоты собственного роста на пол, его тело напряглось, выгибаясь назад. После этого появились судороги в руках и ногах, которые продолжались несколько минут. Спустя несколько минут после окончания судорог, больной открыл глаза, но никого не узнавал, не ориентировался в окружающей обстановке, отмечалось непроизвольное мочеиспускание. В дальнейшем он в сознание не приходил, у него периодически наблюдались судорожные подергивания в руках и ногах, на фоне которых трижды повторялись припадки с сильными судорогами на протяжении нескольких минут. Из разговора с матерью больного стало известно, что он с детства страдает такими припадками (2-3 раза в год), постоянно принимает финлепсин в дозе 600 мг в сутки. В последние двое суток жил у друга и таблетки не принимал, так как забыл взять их с собой. При осмотре в неврологическом статусе: больной без сознания, на болевые раздражители реагирует гримасой и стоном, легкое расходящееся косоглазие, зрачки одинаковой величины, их реакция на свет вялая, лицо симметрично, поднятые конечности опускаются одинаково медленно с обеих сторон, сухожильные рефлексы с рук и ног живые, симптом Бабинского с обеих сторон. Во время осмотра периодически возникают клонические подергивания в руках и ногах.

1. Тип припадка?
2. Как расценить настоящее состояние больного?
3. Предполагаемое заболевание?
4. Дополнительные методы обследования?
5. Врачебная тактика?

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ТЕСТЫ

1. Мидриаз возникает при поражении:
 - а) верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
 - б) нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
 - в) мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва
 - г) среднего непарного ядра
 - д) ядра медиального продольного пучка
2. Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне T10 дерматома, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента:
 - а) T6 или T7
 - б) T8 или T9
 - в) T9 или T10
 - г) T10 или T11
 - д) T11 или T12
3. Волокна болевой и температурной чувствительности(латеральная петля) присоединяются к волокнам глубокой и тактильной чувствительности(медиальная петля):
 - а) в продолговатом мозге
 - б) в мосту мозга
 - в) в ножках мозга
 - г) в зрительном бугре
 - д) в мозжечке
4. Регуляция мышечного тонуса мозжечком при изменении положения тела в пространстве осуществляется через:
 - а) красное ядро
 - б) люисово тело
 - в) черное вещество
 - г) поласатое тело
 - д) голубое пятно
5. В состав шейного сплетения входит:
 - а) малый затылочный нерв
 - б) большой ушной нерв
 - в) диафрагмальный нерв
 - г) надключичный нерв
 - д) все перечисленные
6. Моторная апраксия в левой руке развивается при поражении:
 - а) колена мозолистого тела
 - б) ствола мозолистого тела
 - в) утолщения мозолистого тела
 - г) лобной доли
 - д) затылочной доли
7. К экстрапирамидной системе относится :
 - а) затылочная доля
 - б) бледный шар
 - в) спиноталамический тракт
 - г) передние рога спинного мозга
8. К экстрапирамидной системе относится:
 - а) бульбо-таламический тракт
 - б) боковые рога спинного мозга
 - в) хвостатое ядро
 - г) пучок Голля

- д) внутренняя капсула
9. При поражении языкоглоточного нерва наблюдается
- а) нарушение вкуса на передних 2/3 языка
 - б) парез гортани
 - в) парез мягкого неба
 - г) атрофия языка
 - д) оро-фациальная дистония
10. Через верхние ножки мозжечка проходит путь:
- а) задний спинно-мозжечковый
 - б) передний спинно-мозжечковый
 - в) лобно-мосто-мозжечковый
 - г) затылочно-височно-мосто-мозжечковый
 - д) спинно-мозжечковый
11. При парезе зрения вверх и нарушении конвергенции очаг локализуется:
- а) в верхних отделах моста мозга
 - б) в нижних отделах моста мозга
 - в) в дорсальном отделе покрышки среднего мозга
 - г) в ножках мозга
 - д) в продолговатом мозге
12. При периферическом парезе левого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет левого глаза, гиперестезии в средней зоне Зильдера слева, патологических рефlekсах справа очаг локализуется:
- а) в левом мосто-мозжечковом углу
 - б) в правом полушарии мозжечка
 - в) в мосту мозга слева
 - г) в области верхушки пирамиды левой височной кости
 - д) в ножке мозга
13. Шейное сплетение образуется передними ветвями спинно-мозговых нервов и шейных сегментов:
- а) С1-С4 (+)
 - б) С2-С5
 - в) С3-С6
 - г) С4-С7
 - д) С5-С8
14. К экстрапирамидной системе относится:
- а) скорлупа
 - б) пучок Голля
 - в) затылочная доля мозга
 - г) передние рога спинного мозга
 - д) внутренняя капсула
15. На срезе нижнего отдела продолговатого мозга не различают ядра:
- а) нежное и клиновидное
 - б) спинно-мозгового пути тройничного нерва
 - в) подъязычных нервов
 - г) лицевого, отводящего нервов
16. При повреждении внутренних участков перекреста зрительных нервов периметрия выявляет:
- а) одностороннюю гомонимную гемианопсию
 - б) нижнеквадрантную гемианопсию
 - в) битемпоральную гемианопсию

- г) биназальную гемианопсию
 - д) верхнеквадрантную гемианопсию
17. Плечевое сплетение формируют передние ветви спинно-мозговых нервов:
- а) С5-С8
 - б) С5-Т1
 - в) С6- С8
 - г) С8-Т2
 - д) Т1-Т3
18. Сочетание нарушения глотания и фонации, дизартрии, пареза мягкого неба, отсутствия глоточного рефлекса и тетрапареза свидетельствует о поражении:
- а) ножек мозга
 - б) моста мозга
 - в) продолговатого мозга
 - г)покрышки среднего мозга
 - д) гипоталамуса
19. В состав шейного сплетения входит:
- а) малый затылочный нерв
 - б)большой ушной нерв
 - в) диафрагмальный нерв
 - г) надключичный нерв
 - д)все перечисленные
20. Конструктивная апраксия возникает при поражении:
- а) лобной доли доминантного полушария
 - б) лобной доли недоминантного полушария
 - в) теменной доли доминантного полушария
 - г) теменной доли недоминантного полушария
 - д) затылочных долей
21. Расстройства памяти типа корсаковского синдрома возникают при поражении:
- а) медио-базальных отделов височной доли
 - б) верхних отделов теменной доли
 - в) нижних отделов лобной доли
 - г) верхних отделов затылочной доли
 - д) гипоталамуса
22. Истинный астереогноз обусловлен поражением:
- а) лобной доли
 - б) височной доли
 - в) теменной доли
 - г) затылочной доли
 - д) мозжечка
23. Полушарный парез взора (больной смотрит на очаг поражения) связан с поражением:
- а) лобной доли
 - б) височной доли
 - в) теменной доли
 - г) затылочной доли
 - д) гипоталамуса
24. 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) зрительного нерва

25. Особенности нарушения пиломоторного рефлекса имеют топиико-диагностическое значение при поражении:
- а) четверохолмия
 - б) продолговатого мозга
 - в) гипоталамуса
 - г) спинного мозга
 - д) периферических нервов
26. Поражение ядра подъязычного нерва от надъядерного поражения отличается наличием:
- а) дизартрии
 - б) ограничения подвижности языка
 - в) фибрилляций
 - г) сопутствующего поражения блуждающего нерва
 - д) гиперсаливации
27. Псевдобульбарный синдром развивается при сочетании поражений:
- а) пирамидных и мозжечковых путей доминантного полушария
 - б) пирамидных и мозжечковых путей недоминантного полушария
 - в) пирамидных и экстрапирамидных путей доминантного полушария
 - г) пирамидных и экстрапирамидных путей недоминантного полушария
 - д) пирамидных путей доминантного и недоминантного полушарий
28. Сочетание пареза левой половины мягкого неба, отклонения язычка вправо, повышения сухожильных рефлексов и патологических рефлексов на правых конечностях свидетельствует о поражении:
- а) продолговатого мозга на уровне двигательного ядра IX и X нервов слева
 - б) продолговатого мозга на уровне XII нерва слева
 - в) колена внутренней капсулы слева
 - г) заднего бедра внутренней капсулы слева
 - д) гипоталамуса
29. Сегментарный аппарат симпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов спинного мозга на уровне сегментов:
- а) C5-T10
 - б) T1-T12
 - в) C8-L 3
 - г) T6-L4
 - д) T8 - T12
30. Каудальный отдел сегментарного аппарата парасимпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов спинного мозга на уровне сегментов:
- а) L4-L5-S1
 - б) L5-S1-S2
 - в) S1-S3
 - г) S2-S4
 - д) S3-S5
31. Цилиоспинальный центр расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне сегментов:
- а) C6-C7
 - б) C7-C8
 - в) C8-T2
 - г) T1-T3
 - д) T3-T4
32. Для поражения вентральной половины поясничного утолщения не характерно наличие:

- а) нижнего вялого парализа
 - б) нарушения болевой чувствительности
 - в) нарушения функции тазовых органов по центральному типу
 - г) сенситивной атаксии нижних конечностей
 - д) сохранной глубокой чувствительности
33. К экстрапирамидной системе относится:
- а) затылочная доля
 - б) кортиконуклеарный путь
 - в) спиноталамический тракт
 - г) передние рога спинного мозга
 - д) черная субстанция
34. При лечении болезни Паркинсона ежедневная доза L-допа не должна превышать:
- а) 1 г
 - б) 2.5 г
 - в) 3 г
 - г) 3.5 г
 - д) 4 г
35. Изменения мышечного тонуса при паркинсонизме :
- а) мышечная гипотония
 - б) феномен «складного ножа»
 - в) спастичность
 - г) феномен расхаживания
 - д) ригидность
36. Эссенциальный тремор:
- а) чаще возникает в молодом и среднем возрасте
 - б) сочетается с гипокинезией
 - в) тремор покоя
 - г) усиливается при приеме алкоголя
 - д) уменьшается при эмоциональном напряжении
37. Невротические тики :
- а) начинаются в детском возрасте
 - б) усиливаются с возрастом
 - в) локализуются в мышцах конечностей
 - г) сочетаются с копролалией
38. Лечение локальных форм мышечной дистонии
- а) новокаиновые блокады
 - б) наком
 - в) мидантан
 - г) ботулинический токсин
39. Эссенциальный тремор:
- а) возникает при приеме нейролептиков
 - б) возникает при приеме транквилизаторов
 - в) усиливается при курении
 - г) сопровождается олигобрадикинезией
 - д) уменьшается при приеме бетаадреноблокаторов
40. Для болезни Паркинсона характерно:
- а) паралич взора вниз
 - б) начало с гемипаркинсонизма
 - в) раннее появление постуральных нарушений
 - г) эффект от приема нейролептиков
41. Тремор при паркинсонизме:

- а) наблюдается в покое
 - б) усиливается при движениях
 - в) усиливается при определённых позах (постуральный)
 - г) усиливается во сне
 - д) дебютирует с дрожания головы
42. Лечение эссенциального тремора:
- а) наком
 - б) мидантан (амантадин)
 - в) циклодол
 - г) пропранолол (анаприлин)
 - д) галоперидол
43. Причиной паркинсонизма может быть отравление:
- а) марганцем
 - б) свинцом
 - в) метанолом
 - г) сероводородом
 - д) противосудорожными препаратами
44. Для мышечной дистонии характерно:
- а) миоклонии
 - б) повышение мышечного тонуса
 - в) дрожание
 - г) патологические рефлекс
 - д) центральные парезы конечностей
45. Лечение холинолитическими препаратами болезни Паркинсона противопоказано, если у больного:
- а) катаракта
 - б) глаукома
 - в) гипертоническая ретинопатия
 - г) диабетическая ретинопатия,
 - д) все перечисленные заболевания
46. При паркинсонизме могут наблюдаться:
- а) редкое мигание
 - б) симптом «складного ножа»
 - в) фасцикуляции
 - г) гиперкинезы
 - д) центральный парез конечностей
47. Применение циклодола у пожилых больных паркинсонизмом не приводит:
- а) мышечной гипотонии
 - б) когнитивным нарушениям
 - в) вегетативным нарушениям
 - г) психотическим нарушениям (галлюцинациям)
48. У больного имеется частое мигание, иногда - непроизвольное зажмуривание глаз. Как называется такой тип нарушения движения?
- а) торсионная дистония
 - б) хореический гиперкинез
 - в) патологическая синкинезия
 - г) тики

49. Сосудистый паркинсонизм возникает:
- а) после острой гипертонической энцефалопатии
 - б) при локализации инфаркта в зрительном бугре
 - в) при локализации инфаркта в бледном шаре
 - г) при выраженном субкортикальном лейкоареозе
50. Самая частая причина акинетико-ригидного синдрома:
- а) сосудистый паркинсонизм
 - б) нейролептический паркинсонизм
 - в) постэнцефалитический паркинсонизм
 - г) посттравматический паркинсонизм
 - д) болезнь Паркинсона
51. Укажите симптомы, характерные для паркинсонизма:
- а) олигокинезия
 - б) симптом "складного ножа"
 - в) нистагм
 - г) миастения
 - д) рефлекс Бабинского
52. У больного отмечаются насильственные, без всякого порядка и ритма быстрые движения в мускулатуре лица и рук. При этом выявляется понижение тонуса мышц. Как называется такой тип нарушения движения?
- а) хореический гиперкинез
 - б) миоклония
 - в) баллизм
 - г) атетоз
53. Достоверный признак сосудистого паркинсонизма:
- а) пожилой и старческий возраст больного
 - б) отсутствие эффекта от противопаркинсонических препаратов
 - в) дрожательная форма паркинсонизма
 - г) акинетико-ригидная форма паркинсонизма
 - д) выявление инфаркта в ножке мозга при МРТ головы
54. Для синдрома Туретта не характерно:
- а) вокальные феномены
 - б) генерализованные тики
 - в) эффект от приёма нейролептиков (галоперидола)
 - г) феномен «зубчатого колеса»
 - д) копролалия
55. Эссенциальный тремор:
- а) возникает при приёме нейролептиков
 - б) возникает при приёме транквилизаторов
 - в) усиливается при курении
 - г) часто наблюдается в разных поколениях одной семьи
 - д) усиливается во время сна
56. У больного имеются быстрые, стереотипно повторяющиеся движения в одних и тех же группах мышц, которые он может на некоторое время подавить усилием воли. Как называется такой тип нарушения движения?
- а) атетоз
 - б) хореический гиперкинез
 - в) миоклонии
 - г) тики
 - д) дистония

57. У больного отмечаются медленные непроизвольные движения в пальцах рук с неправильной, вычурной установкой кисти. Как называется такой тип нарушения движения?
- а) миоклония
 - б) атетоз
 - в) пропульсии
 - г) периферический парез
 - д) хореический гиперкинез
58. Какие симптомы характерны для паркинсонизма ?
- а) интенционный тремор
 - б) ригидность
 - в) спастическая походка
 - г) ригидность мышц затылка
 - д) постуральный тремор
59. Невротические тики обусловлены:
- а) поражением чёрной субстанции
 - б) поражением зрительного бугра
 - в) поражением хвостатого ядра
 - г) эмоциональным напряжением
60. Для эмболии мозговых артерий характерно:
- а) постепенное развитие очаговой неврологической симптоматики
 - б) внезапное развитие очаговой симптоматики
 - в) отек соска зрительного нерва на стороне эмболии
 - г) наличие общемозговой симптоматики
 - д) верно все перечисленное
61. При начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения мозга причиной инвалидности служит:
- а) цефалгический симптомокомплекс
 - б) снижение памяти
 - в) вестибулярный симптомокомплекс
 - г) очаговая неврологическая симптоматика
 - д) ничего из перечисленного
62. Больным с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга проводится терапия:
- а) дегидратирующими средствами
 - б) фибринолитическими средствами
 - в) антифибринолитическими средствами
 - г) вазоактивными средствами
 - д) антикоагулянтными средствами
63. В развитии недостаточности кровоснабжения мозга при атеросклерозе играют роль следующие факторы:
- а) пролапс митрального клапана
 - б) повышение фибринолитической активности крови
 - в) снижения активности свертывающей системы
 - г) стеноз магистральных сосудов на шее
 - д) все перечисленное
64. Синдром Валленберга - Захарченко (латеральный медулярный 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
65. Для поражения основного ствола правой средней мозговой артерии характерно наличие
- а) левосторонней гемианестезии, хватательного рефлекса
 - б) левосторонней гемиплегии, апраксии
 - в) анозогнозии, левосторонней гемиплегии
 - г) левосторонней гемианестезии, левосторонней гемиплегии, анозогнозии
 - д) анозогнозии, левосторонней гемиплегии, апраксии
66. Характерным признаком тромбоза внутренней сонной артерии является
- а) альтернирующий синдром Захарченко - Валленберга
 - б) альтернирующий синдром Вебера (парез глазодвигательного нерва и пирамидный синдром)
 - в) альтернирующий оптикопирамидный синдром
 - г) сенсорная афазия
 - д) все перечисленное
67. Решающим условием адекватного коллатерального кровообращения головного мозга является состояние:
- а) тонуса и реактивности сосудов
 - б) реологических свойств крови
 - в) свертывающей-противосвертывающей системы
 - г) архитектоники артериального круга мозга (Виллизиева круга)
 - д) системной и центральной гемодинамики
68. Диагноз преходящего нарушения мозгового кровообращения устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу в течение:
- а) 1 суток
 - б) 1 недели
 - в) 2 недель
 - г) 3 недель
 - д) 1 месяца
69. Для неврологических проявлений вертебробазиллярной не-достаточности характерно наличие:
- а) апатико-абулического синдрома
 - б) синдрома аутоагнозии
 - в) синдрома сенсомоторной афазии
 - г) вестибуло-мозжечкового синдрома
 - д) верно все перечисленное
70. При формулировании диагноза сосудистого заболевания головного мозга согласно классификации НИИ неврологии АМН РФ на первое место выносится:
- а) этиология сосудистого процесса
 - б) характер нарушения мозгового кровообращения
 - в) пораженный сосудистый бассейн
 - г) клинический синдром
 - д) состояние трудоспособности
71. Отличием инфаркта в бассейне передней артерии сосудистого сплетения (передняя ворсинчатая) от инфарктов в бассейнах других мозговых артерий служит отсутствие:
- а) гемиплегии
 - б) гемианестезии
 - в) афазии
 - г) вазомоторных нарушений в области парализованных конечностей
 - д) гемианопсии

72. Главной причиной церебральной ишемии при остром инфаркте миокарда с нарушением ритма (кардиocereбральный синдром) является:
- а) повышение вязкости крови
 - б) повышение активности свертывающей системы
 - в) ухудшение реологических свойств крови
 - г) снижение системного перфузионного давления
 - д) повышение агрегации форменных элементов крови
73. Противопоказанием для лечебной физкультуры у больных с инсультом является
- 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
74. Решающее влияние на прогноз переходящего нарушения мозгового кровообращения оказывает:
- а) адекватный уровень артериального давления
 - б) состояние вязкости и текучести крови
 - в) состояние свертывающей системы крови
 - г) сохранная проходимость приводящих артерий
 - д) продолжительность эпизодов переходящей ишемии
75. Компьютерная томография выявляет зону гиподенсивности в очаге ишемического инсульта от начала заболевания через:
- а) 1 час
 - б) 2 часа
 - в) 4 часа
 - г) 6 и более часов
 - д) только на вторые сутки
76. Антикоагулянты при ишемическом инсульте не противопоказаны при наличии:
- а) ревматизма
 - б) артериального давления свыше 204 /104 мм рт. ст
 - в) заболеваний печени
 - г) язвенной болезни желудка
 - д) тромбоцитопатии
77. Спазм церебральных артерий возникает при:
- а) кровоизлиянии в лобную долю
 - б) кровоизлиянии в височную долю
 - в) кровоизлиянии в зрительный бугор
 - г) кровоизлиянии в мозжечок
 - д) спонтанном субарахноидальном кровоизлиянии
78. Локализация поражения продолговатого мозга при синдроме Валленберга-Захарченко:
- а) дорсолатеральный отдел
 - б) вентролатеральный отдел
 - в) дорсомедиальный отдел
 - г) вентромедиальный отдел
 - д) перекрест пирамид

79. Какие фибринолитические препараты при лечении закупорки артерий мозга можно назначать вместе с гепарином?
- а) стрептокиназу
 - б) фибринолизин
 - в) урокиназу
 - г) любой из перечисленных
 - д) ни один из перечисленных
80. Геморрагический инфаркт головного мозга локализуется только в:
- а) коре больших полушарий, коре мозжечка
 - б) подкорковых узлах, стволе мозга
 - в) подкорковых узлах, коре мозжечка
 - г) подкорковых узлах, коре больших полушарий и мозжечка
 - д) белом веществе головного мозга
81. Для тромбоза мозговых сосудов характерно:
- а) наличие в анамнезе транзиторных ишемических атак
 - б) постепенное нарастание очаговой симптоматики
 - в) малая выраженность общемозговой симптоматики
 - г) отсутствие примеси крови в ликворе
 - д) верно все перечисленное
82. Диагноз инсульта с обратимой неврологической симптоматикой устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика под-вергается полному регрессу не позднее:
- а) 1 недели
 - б) 3 недель
 - в) 1 месяца
 - г) 3 месяцев
 - д) 6 месяцев
83. Головокружение при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения головного мозга обусловлено:
- а) дисциркуляцией в ветвях внутренней сонной артерии
 - б) дисциркуляцией в ветвях наружной сонной артерии
 - в) колебаниями давления эндолимфы в улитке внутреннего уха
 - г) дисциркуляцией в артериях вертебробазилярного бассейна
 - д) верно все перечисленное
84. Для неразорвавшейся аневризмы супраклиноидной части внутренней сонной артерии характерно поражение:
- а) III-VI пары черепных нервов
 - б) VII, VIII пары черепных нервов
 - в) IX, X пары черепных нервов
 - г) XI, XII пары черепных нервов
 - д) IX-XII пары черепных нервов
85. Фибринолитическая терапия при закупорке сосудов мозга целесообразна в случае:
- а) молодого возраста больного
 - б) продолжительности закупорки менее 6 ч
 - в) отсутствия анурии
 - г) геморрагического синдрома
 - д) артериального давления ниже 207./107. мм рт. ст.
86. Внутримозговое обкрадывание очага ишемического инсульта после введения вазодилататоров наступает в результате:
- а) нарушения ауторегуляции кровообращения в очаге
 - б) спазма сосудов пораженного участка мозга
 - в) спазма сосудов неповрежденных отделов мозга

- г) "расширения здоровых" сосудов неповрежденного отдела
 - д) раскрытия артерио-венозных анастомозов
87. Субъективные церебральные симптомы при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения мозга обычно появляются:
- а) в утренние часы
 - б) в вечерние часы
 - в) после физической нагрузки
 - г) после эмоционального стресса
 - д) при условиях, требующих усиления кровоснабжения мозга
88. Для субарахноидального кровоизлияния обязательным признаком является:
- а) утрата сознания
 - б) зрачковые расстройства
 - в) нистагм
 - г) менингеальный синдром
 - д) двусторонние пирамидные патологические знаки
89. Стволовая симптоматика при подключичном синдроме обкрадывания появляется или усиливается:
- а) при глубоком вдохе
 - б) при повороте головы в сторону поражения
 - в) при упражнениях рукой на стороне поражения
 - г) в положении лежа
 - д) при задержке дыхания
90. Если течение геморрагического инсульта осложняется диссеминированным внутрисосудистым свертыванием, дополнительно назначают:
- а) а-токоферол и рутин
 - б) фибринолизин и калликреин-депо
 - в) эпсилонаминокапроновую кислоту
 - г) гепарин и замороженную плазму
 - д) все перечисленное
91. При частых припадках первичной генерализованной эпилепсии в начале лечения следует назначить:
- а) максимальную дозу одного препарата
 - б) минимальную дозу одного выбранного препарата с постепенным повышением дозы
 - в) сочетание минимальных доз двух или трех основных противоэпилептических препаратов
 - г) сочетание средней терапевтической дозы одного основного препарата и одного из дополнительных
 - д) максимальную дозу основного препарата и минимальную дозу дополнительного
92. Наиболее частая причина эпилептических припадков у детей:
- а) опухоль головного мозга
 - б) энцефалит
 - в) мешотчатая аневризма
 - г) идеопатическая эпилепсия
 - д) серозный менингит
93. Генерализованные эпилептиформные припадки чаще бывают при локализации опухоли в следующей доле мозга:
- а) лобной
 - б) височной

- в) теменной
- г) затылочной
- д) теменной и затылочной

94. Эпилептиформный синдром при посттравматической эпилепсии проявляется джексоновскими припадками при локализации патологического очага в области:

- а) лобной доли
- б) теменной доли
- в) центральных извилин
- г) извилины Гешля
- д) височной доли

95. Синкопальный вертебральный (позвоночный) синдром (Унтерхарншайдта) характеризуется:

- а) внезапным падением больного при резкой перемене положения тела из горизонтального в вертикальное с падением артериального давления
- б) внезапной потерей сознания и мышечного тонуса, связанной с движением головы и шеи
- в) внезапным приступом кохлеовестибулярных, координаторных и зрительных расстройств, связанным с поворотом головы и шеи
- г) пароксизмом кохлеовестибулярных, зрительных, вестибуло-мозжечковых нарушений с последующей потерей сознания
- д) сочетание кохлеовестибулярных, зрительных, вестибуло-мозжечковых нарушений с пульсирующей, жгучей односторонней головной болью

96. Феномен "клинической диссоциации" при рассеянном склерозе характеризуется наличием:

- а) горизонтального нистагма в сочетании с отсутствием брюшных рефлексов
- б) центральных парезов в конечностях и отсутствием расстройств чувствительности
- в) расстройств чувствительности сегментарного или проводникового типа на фоне легкого центрального пареза конечностей
- г) центральных парезов в конечностях в сочетании с мышечной гипотонией
- д) клонусом стоп без патологических стопных рефлексов

97. Морфологическим субстратом восстановления функций нейрональных систем и клинической ремиссии при рассеянном склерозе является:

- а) рассасывание фиброзной склеротической бляшки
- б) восстановление способности синтезировать нейромедиаторы в пораженных нейронах
- в) восстановление нормального кругооборота нейромедиаторов в межнейрональных синапсах
- г) периаксональная ремиелинизация в пораженных нейронах
- д) верно все перечисленное

98. Острый (первичный) рассеянный энцефаломиелит редко сопровождается развитием:

- а) нижней спастической параплегии
- б) бульбарных расстройств
- в) экстрапирамидных нарушений
- г) синдрома Броун - Секара
- д) мозжечковых нарушений

99. Морфологическим субстратом пирамидных симптомов при остром рассеянном энцефаломиелите являются:

- а) пролиферация мезоглии в белом веществе
- б) очаги ишемии в головном мозге
- в) распад миелина

г) периваскулярный отек

д) все перечисленное

100. Двигательные и чувствительные нарушения при остром рассеянном энцефаломиелите обусловлены поражением:

а) головного и спинного мозга

б) оболочек мозга

в) корешков спинного мозга

г) периферических нервов

д) спинальных ганглиев

101. Для коррекции патологической мышечной спастичности при рассеянном склерозе целесообразно назначить один из следующих ГАМК-ергических препаратов

а) аминалон,

б) фенибут

в) баклофен

г) пантогам

д) натрия оксибутират

102. Для коррекции патологической мышечной спастичности при рассеянном склерозе целесообразно назначить:

а) аминалон

б) фенибут

в) пантогам

г) тизанидин

д) мидокалм

103. Снижение остроты зрения при остром рассеянном энцефаломиелите обусловлено поражением:

а) сетчатой оболочки

б) зрительного нерва

в) первичного зрительного центра в наружном коленчатом теле

г) лучистого венца ГРАЦИОЛЕ в затылочной доле

д) коркового отдела зрительного анализатора в затылочной доле

104. 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 хориоменингит

105. Острый клещевой энцефалит характеризуется:

а) пиком заболеваемости в осенне-зимний период

б) отсутствием менингального синдрома

в) снижением внутричерепного давления

г) вялыми парезами и параличами мышц плечевого пояса

д) нейтрофильным цитозом в ликворе

106. При вирусных энцефалитах в ликворе наблюдается:

а) лимфоцитарный плеоцитоз

б) снижение содержания белка

в) увеличение содержания хлоридов

г) увеличение содержания глюкозы

д) верно все перечисленное

107. Клиническую картину острого лимфоцитарного хориоменингита Армстронга отличает значительная выраженность:

а) высокой лихорадки

- б) менингеального синдрома
- в) гипертензионного синдрома
- г) нарушения сознания
- д) светобоязни

108. При пневмококковой пневмонии наиболее частым неврологическим осложнением является:

- а) полиневропатия
- б) миелопатия
- в) энцефалопатия
- г) менингит
- д) спинальный эпидурит

109. Для лечения пневмококкового менингита следует выбрать:

- а) линкомицин
- б) тетрациклин
- в) эритромицин
- г) канамицин
- д) бензилпенициллин

110. Гнойный менингит не вызывают:

- а) стафилококки
- б) менингококки
- в) пневмококки
- г) вульгарный протей
- д) лептоспиры

111. Для этиотропной терапии герпетического энцефалита применяется:

- а) оксолин
- б) пefлоксацин
- в) ацикловир
- г) цефтриаксон
- д) эритромицин

112. Сочетанные боли и герпетических высыпаний в наружном слуховом проходе и ушной раковине, нарушение слуховой и вестибулярной функции является признаком поражения узла:

- а) вестибулярного
- б) крылонебного
- в) коленчатого
- г) Гассерога
- д) звездчатого

113. Решающее значение в дифференциальной диагностике церебрального эхинококкоза от других объемных поражений головного мозга принадлежит:

- а) особенностям клинической картины
- б) данным компьютерной томографии
- в) анамнестическим данным
- г) особенностям серологических реакций
- д) ангиографии

114. К демиелинизирующим относится полиневропатия:

- а) Гийена - Барре
- б) диабетическая
- в) порфирийная
- г) гипотиреоидная
- д) алкогольная

115. Атипичная форма Миллера Фишера острой полиневропатии Гийена - Барре характеризуется:

- а) поражением языкоглоточного нерва
- б) двусторонним парезом лицевого нерва
- в) поражением каудальной группы черепных нервов и нарушением дыхания
- г) поражением глазодвигательных нервов и атаксией
- д) вялым тетрапарезом

116. У больных, длительно (более 20 лет) страдающих рассеянным склерозом, течение заболевания чаще всего:

- а) волнообразное
- б) первично-прогрессирующее без обострений
- в) первично-прогрессирующее с обострениями
- г) вторично-прогрессирующее
- д) без прогрессирования

117. Подозрение на абсцесс головного мозга возникает, если заболевание характеризуется признаками:

- а) нарастающей внутричерепной гипертензии
- б) очагового церебрального поражения
- в) общемозговыми симптомами
- г) смещением М-сигнала при эхоэнцефалоскопии
- д) всеми перечисленными

118. Для полиневропатий Гийена - Барре характерно появление белково-клеточной диссоциации в ликворе:

- а) с 1-го дня заболевания
- б) с 3-го дня заболевания
- в) со 2-й недели заболевания
- г) с 3-й недели заболевания
- д) с 4-й недели заболевания

119. Двигательные нарушения при второй атаке острого эпидемического переднего полиомиелита, возникающей после "малой болезни" и последующего латентного периода, характеризуются наличием:

- а) атрофии мышц
- б) фибриллярных подергиваний
- в) вялых параличей конечностей
- г) слабостью шейных мышц
- д) нижним спастическим парапарезом

120. Для церебрального цистицеркоза характерен плеоцитоз:

- а) нейтрофильный
- б) нейтрофильно-лимфоцитарный
- в) лимфоцитарно-базофильный
- г) лимфоцитарный
- д) лимфоцитарно-моноцитарный

121. Первично-прогрессирующее течение рассеянного склероза наблюдается чаще при дебюте заболевания в возрасте:

- а) до 10 лет
- б) от 10 до 20 лет
- в) от 20 до 30 лет
- г) от 30 до 40 лет
- д) старше 40 лет

122. Значительное снижение уровня сахара в спинномозговой жидкости (до 0.1 г/л) характерно для менингита, вызванного:

- а) вирусами гриппа
- б) пневмококком

- в) вирусом паротита
- г) туберкулезной палочкой
- д) вирусом кори

123. Морфологические изменения при дифтерийной полиневропатии обусловлены:

- а) лимфоидной инфильтрацией периферических нервов
- б) дегенерацией аксонов
- в) сегментарной демиелинизацией
- г) пролиферацией шванновских клеток
- д) периваскулярным отеком

124. Этиотропная фармакотерапия токсоплазмоза проводится:

- а) хлоридином
- б) канамицином
- в) фурадоном
- г) эритромицином
- д) клиндамицином

125. Для клинической картины подострой спонгиозной энцефалопатии Крейтцфельда - Якоба не характерно наличие:

- а) пирамидного синдрома
- б) мозжечковой атаксии
- в) экстрапирамидного синдрома
- г) сенситивной атаксии
- д) эпилептиформного синдрома

126. Высокий риск летального исхода полиневропатии при дифтерии определяется поражением:

- а) бульбарных черепных нервов, диафрагмы
- б) диафрагмы, миокарда
- в) миокарда, периферических нервов
- г) черепных и периферических нервов
- д) бульбарных черепных нервов, диафрагмы, миокарда

127. Для туберкулезного спондилита характерны:

- а) сколиоз позвоночника
- б) кифоз позвоночника
- в) клиновидная деформация позвонков
- г) деструкция тел позвонков
- д) все перечисленное

128. Дифференциальный диагноз непаралитической формы острого полиомиелита следует проводить:

- а) с вирусным серозным менингитом
- б) с бактериальным серозным менингитом
- в) с острой демислинизирующей полирадикулоневропатией Гийена - Барре
- г) с переднероговой формой клещевого энцефалита
- д) со всем перечисленным

129. Для клинической картины спинной сухотки характерно наличие:

- а) болевого синдрома и сенситивной атаксии
- б) патологических стопных знаков и нарушения функции тазовых органов
- в) нижнего спастического парапареза со снижением сухожильных рефлексов
- г) вялого тетрапареза
- д) синдрома БАС

130. Нарушение статики и походки при спинной сухотке обусловлено:

- а) вялыми параличами ног
- б) мозжечковой атаксией
- в) сенситивной атаксией

г) снижением зрения при табетической атрофии зрительных нервов

д) табетической артропатией

131. К подострому склерозирующему панэнцефалиту как единой болезни относят:

а) лейкоэнцефалит Шильдера, энцефалит с включениями Даусона

б) подострый лейкоэнцефалит Ван-Богарта, лейкоэнцефалит Шильдера

в) узелковый панэнцефалит Петте - Деринга, лейкоэнцефалит Шильдера, энцефалит с включениями Даусона

г) энцефалит с включениями Даусона, узелковый панэнцефалит Петте - Деринга, подострый лейкоэнцефалит Ван-Богарта

д) лейкоэнцефалит Шильдера

132. Первичная табетическая атрофия зрительных нервов при спинной сухотке

характеризуется следующими изменениями на глазном дне:

а) побледнением височных половин дисков

б) серой окраской дисков

в) отеком дисков

г) папиллитом с кровоизлияниями

д) всем перечисленным

133. Для поражения зрительных нервов при сифилитическом базальном менингите

характерным является:

а) изменение полей зрения

б) нарушение цветоощущения

в) папиллит с кровоизлияниями

г) появление белых дегенеративных очагов на глазном дне

д) все перечисленное

134. Одним из первых неврологических симптомов ботулизма является:

а) парез аккомодации

б) псевдобульбарный синдром

в) поражение XII нерва

г) гиперсаливация

д) дыхательные расстройства

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

а) длительным коматозным состоянием с момента травмы

б) развитием комы после "светлого" периода

в) отсутствием потери сознания

г) кратковременной потерей сознания

д) кратковременной потерей сознания с ретроградной амнезией

136. К открытой черепно-мозговой травме относится травма:

а) с ушибленной раной мягких тканей без повреждения апоневроза

б) с повреждением апоневроза

в) с переломом костей свода черепа

г) с переломом костей основания черепа без ликвореи

д) с развитием эпидуральной гематомы

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

а) легкой открытой

б) легкой закрытой

в) открытой средней тяжести

г) закрытой средней тяжести

д) тяжелой

138. Для коррекции падения сердечной деятельности при острой тяжелой черепно-мозговой травме целесообразно назначение:

- а) адреналина
- б) норадреналина
- в) мезатона
- г) дофамина

д) сульфокамфокаин

139. В связи с меньшим влиянием на электролитный баланс для лечения отека мозга при тяжелой черепно-мозговой травме следует применять:

- а) гидрокортизон
- б) преднизолон
- в) дексаметазон
- г) кортизон
- д) лазикс

140. Если после черепно-мозговой травмы развиваются ригидность затылочных мышц и светобоязнь при отсутствии очаговых симптомов, то наиболее вероятен диагноз:

- а) сотрясение мозга
- б) субарахноидальное кровоизлияние
- в) ушиб мозга
- г) внутричерепная гематома
- д) диффузное аксональное повреждение

141. При тяжелой черепно-мозговой травме преимущественное дегидратирующее действие по отношению к участкам мозга с отеком, чем без отека, оказывает:

- а) маннитол
- б) глицерин
- в) лазикс
- г) альбумин
- д) полиглюкин

142. Осложнение черепно-мозговой травмы кровоизлиянием в желудочки мозга характеризуется появлением в клинической картине:

- а) плавающего зрака
- б) горметонического синдрома
- в) гиперкатаболического типа вегетативных функций
- г) нарушения сознания
- д) двусторонних пирамидных стопных знаков

143. Ноотропные средства при черепно-мозговой травме можно применять:

- а) спустя 3 дня после травмы
- б) спустя неделю после травмы
- в) в резидуальном периоде
- г) в любые сроки
- д) применение противопоказано

144. Проникающей называют черепно-мозговую травму:

- а) при ушибленной ране мягких тканей
- б) при повреждении апоневроза
- в) при переломе костей свода черепа
- г) при повреждении твердой мозговой оболочки
- д) при всех перечисленных вариантах

145. Причиной артериальной гипертензии при острой тяжелой черепно-мозговой травме являются:

- а) церебральная гипоксия
- б) реакция на боль
- в) поражение диэнцефально-мезенцефальных структур
- г) отек мозга
- д) все перечисленное

146. Наиболее частая причина головной боли в отдаленном периоде легкой черепно-мозговой травмы:

- а) посткоммоционный синдром
- б) нормотензивная гидроцефалия
- в) внутричерепная гипертензия
- г) хроническая субдуральная гематома
- д) посттравматическая киста головного мозга

147. Для внутричерепной гипертензии характерна головная боль:

- а) распирающего характера
- б) распирающего характера в затылочной части
- в) пульсирующего характера по всей голове
- г) сдавливающего характера в лобно-теменной области
- д) жгучего характера в затылочной области

148. Аномалией Арнольда - Киари называется патология, при которой имеется:

- а) сращение шейных позвонков
- б) сращение I шейного позвонка с затылочной костью
- в) смещение вниз миндалин мозжечка
- в) расщепление дужки I шейного позвонка
- г) уплощение ската затылочной кости

148. Разрушение вершины пирамиды височной кости с четкими краями дефекта ("отрубленная" пирамида) является характерным рентгенологическим признаком:

- а) невриномы слухового нерва
- б) невриномы тройничного нерва
- в) холестеатомы мосто-мозжечкового угла
- г) всех перечисленных новообразований
- д) менингиомы

150. При опухоли височной доли определить сторону поражения позволяют:

- а) большие судорожные припадки
- б) абсансы
- в) зрительные галлюцинации
- г) верхнеквадрантная гемианопсия
- д) побледнение диска зрительного нерва

151. Наиболее ранним проявлением гематомиилии травматического происхождения является наличие:

- а) расстройств глубокой чувствительности
- б) синдрома Броун - Секара
- в) двигательных проводниковых нарушений
- г) диссоциированных расстройств чувствительности
- д) менингеального синдрома

152. Для опухоли височной доли доминантного полушария характерна:

- а) моторная, сенсорная афазия
- б) сенсорная, амнестическая афазия
- в) моторная, семантическая афазия
- г) сенсорная афазия, аутогнозизация
- д) моторная афазия, аутогнозизация

153. Симптом "вклинивания" при проведении люмбальной пункции у больного с объемным спинальным процессом характеризуется:

- а) усилением корешковых болей при сдавлении шейных вен
- б) нарастанием неврологической симптоматики при давлении на переднюю брюшную

стенку

- в) усилением корешковых болей при сгибании головы к груди
- г) нарастанием неврологической симптоматики после пункции
- д) появлением головной боли

154. Децеребрационная ригидность возникает при поражении ствола мозга с уровня:

- а) верхних отделов продолговатого мозга
- б) нижних отделов продолговатого мозга
- в) красных ядер
- г) моста мозга
- д) продолговатого мозга

155. При базальной локализации опухоли височной доли галлюцинации чаще бывают:

- а) зрительные
- б) слуховые
- в) обонятельные
- г) вкусовые
- д) тактильные

156. Наиболее часто встречаются невриномы нерва:

- а) зрительного
- б) тройничного
- в) слухового
- г) подъязычного
- д) добавочного

157. Неврологические симптомы острого спинального эпидурита представлены:

- а) корешковыми болями и синдромом компрессии спинного мозга
- б) сенситивной атаксией с миалгией
- в) утратой сознания с менингеальным синдромом
- г) вялым тетрапарезом
- д) распространенными фибриллярными подергиваниями мышц

158. Для интрамедуллярной спинальной опухоли наиболее характерно наличие:

- а) сегментарного диссоциированного расстройства чувствительности
- б) корешковых болей положения
- в) ранней блокады субарахноидального пространства
- г) рентгенологического симптома Эльсберга - Дайка
- д) сенситивной атаксии

159. Для опухоли премоторной области лобной доли характерны:

- а) гемипарез с преобладанием в ноге
- б) моторная афазия
- в) адверсивные эпилептические припадки
- г) атрофия зрительного нерва на стороне опухоли
- д) все перечисленное

160. Психоэмоциональные посттравматические расстройства отличаются от психогенных невротических симптомокомплексов:

- а) более стабильным течением
- б) преобладанием депрессивного симптомокомплекса
- в) преобладанием ипохондрического симптомокомплекса
- г) большей резистентностью к лечению психотропными средствами
- д) принципиальных отличий не существует

161. Термином "табетические кризы" у больных спинной сухоткой обозначают:

- а) пароксизмы тахикардии
- б) колебания артериального давления
- в) пароксизмы болей рвущего характера

- г) эпизоды профузной потливости и общей слабости
- д) пароксизмы диффузного повышения мышечного тонуса

162. Частыми возбудителями СПИД-ассоциированных инфекций нервной системы являются:

- а) микобактерии туберкулеза
- б) аденовирусы
- в) кандиды
- г) листерии
- д) вирусы простого герпеса

163. Эффективным методом лечения абсцесса мозга является:

- а) массивное введение антибиотиков и дегидратирующих средств
- б) хирургическое удаление абсцесса
- в) промывание полости абсцесса диоксицином
- г) промывание полости абсцесса антибиотиками
- д) применение противовоспалительных доз лучевой терапии

164. При классической невралгии тройничного нерва наблюдается:

- а) перманентный болевой синдром
- б) гипалгезия на лице в области иннервации II и III ветвей V нерва
- в) курковые зоны на лице
- г) психомоторное возбуждение во время приступа
- д) отек лица

165. При шейном остеохондрозе чаще поражается артерия:

- а) базилярная(основная)
- б) позвоночная
- в) внутренняя сонная
- г) наружная сонная
- д) затылочная

166. При шейном остеохондрозе чаще поражается артерия:

- а) базилярная(основная)
- б) позвоночная
- в) внутренняя сонная
- г) наружная сонная
- д) затылочная

167. При дисфункции височно-нижнечелюстного сустава наблюдается:

- а) отечность околоушной области
- б) болезненность при пальпации височной мышцы
- в) ограничение подвижности челюсти
- г) невралгия тройничного нерва
- д) гиперемия околоушной области

168. При лечении хронической пароксизмальной гемикрании наиболее эффективен:

- а) аспирин
- б) индаметацин
- в) эрготамин
- г) анаприлин,
- д) резерпин

168. Для болевой миофасциальной дисфункции лица характерны:

- а) болезненность пораженной мышцы при жевании и открывании рта
- б) гипестезия в области пораженной мышцы
- в) наличие болезненных узелков в толще жевательной мышцы
- г) атрофия пораженной мышцы
- д) гиперемия пораженной мышцы

169. Для синдрома лестничной мышцы характерны:

- а) усиление боли в предплечье и II, III пальцах кисти при повороте головы в больную сторону
- б) усиление боли в предплечье и IV, V пальцах кисти при повороте головы в здоровую сторону
- в) отсутствие пульса на лучевой артерии
- г) диффузный остеопороз кисти
- д) гипотрофия гипотенара

170. Основным признаком фантомного болевого синдрома является:

- а) гипестезия в культе конечности
- б) ощущение боли в несуществующей части удаленной конечности
- в) отечность, цианоз культи конечности
- г) боль в здоровой конечности
- д) боль в культе конечности

171. Особенностью проявлений различных синдромов поражен нервной системы при заболеваниях печени является:

- а) острое начало и молниеносное течение
- б) острое начало со стабильным неврологическим дефицитом в последующие годы
- в) постепенное начало заболевания с неуклонно прогрессивным течением
- г) постепенное начало заболевания с ремиттирующим течением неврологических проявлений
- д) острое начало и практически полное выздоровление без рецидивов

172. Фактором, определяющим поражение нервов при дифтерийной полиневропатии, является:

- а) инфекционный
- б) токсический
- в) сосудистый
- 4 метаболический
- 5 компрессионный

173. Фактором патогенеза поражения нервной системы при гипопаратиреозе является:

- а) гиперкальциемия
- б) гипокальциемия
- в) гипернатриемия
- г) гипонатриемия
- д) гиперкалиемия

174. Поражение нервной системы при узелковом периартериите проявляется:

- а) множественными мононейропатиями
- б) миелопатией
- в) субарахноидальными кровоизлияниями
- г) паренхиматозными кровоизлияниями
- д) всем перечисленным

175. Исследование плазмы больного гепатоцеребральной дистрофией выявляет:

- а) повышение уровня церулоплазмينا и гипокупремию
- б) понижение уровня церулоплазмينا и гиперкупремию
- в) повышение уровня церулоплазмينا и гиперкупремию
- г) понижение уровня церулоплазмينا и гипокупремию
- д) нормальный уровень церулоплазмينا и гипокупремию

176. Типичным параклиническим признаком портосистемной энцефалопатии (с портальной гипертензией) является:

- а) повышение уровня церулоплазмينا в крови
- б) повышение выведения меди с мочой
- в) повышение концентрации аммиака в крови
- г) понижение концентрации аммиака в крови
- д) понижение уровня билирубина в крови

177. Наиболее часто при фуникулярном миелозе встречается триада симптомов:

- а) парестезии, нарушение глубокой чувствительности, парез нижних конечностей
- б) офтальмоплегия, спастический тонус нижних конечностей, расстройства функций тазовых органов
- в) нарушение глубокой чувствительности, расстройства сфинктеров, вялый парез нижних конечностей
- г) корсаковский синдром, сенсорная и моторная полиневропатия
- д) сенситивная атаксия, нижний спастический парапарез, радикулярный болевой синдром

178. При острых заболеваниях бронхов и легких церебральные неврологические осложнения обусловлены развитием:

- а) ишемической (дисциркуляторной) гипоксии
- б) гипоксической гипоксии
- в) анемической гипоксии
- г) метаболической гипоксии
- д) комбинированной гипоксии

179. При синдроме Иценко - Кушинга в крови определяется повышенное содержание:

- а) пролактина
- б) кортикотропина
- в) соматостатина
- г) тиреотропина
- д) гастрина

180. При эритромии неврологические осложнения развиваются вследствие:

- а) тромбоцитопении с геморрагическими периваскулярными экстравазатами
- б) тромбоза церебральных артерий с ишемическим поражением ЦНС
- в) метаболической аноксии
- г) вследствие отложения амилоида в сосудах нервов
- д) образования экстрадурального очага кроветворения

181. Наиболее типичным неврологическим синдромом, осложняющим течение сахарного диабета, является:

- а) энцефалопатия
- б) миелопатия
- в) полиневропатия
- г) судорожный синдром
- д) бульбарный синдром

182. Ранними формами неврологических осложнений при заболевании печени являются:

- а) экстрапирамидные нарушения
- б) нарушения психики
- в) неврастенический синдром
- г) полиневропатия
- д) миелопатия

183. Типичным неврологическим проявлением гипопаратиреоза является синдром:

- а) тетании
- б) миастении
- в) миодистрофии

г) полиневропатии

д) миалгии

184. Сопутствующим симптомом полиневропатий при пернициозной анемии является:

а) снижение сывороточного железа в крови

б) фуникулярный миелоз

в) гиперацидный гастрит

г) гиперальбуминемия

185. Наиболее характерными клиническими признаками первичного альдостеронизма (синдром Конна) являются:

а) эписиндром

б) полиневропатия

в) приступы локальной и генерализованной тетании

г) приступы пароксизмальной миоплегии

д) множественная мононевропатия

186. Наибольшее диагностическое значение при проведении эхоэнцефалографии имеет:

а) наличие и степень смещения срединного сигнала

б) появление дополнительных латеральных сигналов

в) ширина III желудочка

г) начальный комплекс

д) конечный комплекс

187. Ликвородинамическая проба Пуссера вызывается:

а) сдавлением шейных вен

б) давлением на переднюю брюшную стенку

в) наклоном головы вперед

г) разгибанием ноги, предварительно согнутой в коленном и тазобедренном суставах

д) надавливанием на глазные яблоки

188. Противопоказанием для проведения магнитно-резонансной томографии является:

а) аллергия к йоду

б) открытая черепно-мозговая травма

в) выраженная внутричерепная гипертензия

г) наличие инородных металлических тел

д) кровоизлияние в опухоль мозга

189. Синдром Клиппеля-Фейля характеризуется на рентгенограммах признаками:

а) краниосенноза

б) платибазии

в) остеопороза турецкого седла

г) выступанием зуба второго шейного позвонка в область проекции задней черепной ямки

д) срастанием нескольких шейных позвонков

190. Нестабильность шейного отдела позвоночника после сочетанной краниовертебральной травмы можно выявить с помощью:

а) магнитно-резонансной томографии

б) компьютерной томографии

в) латеральной функциональной рентгенографии

г) нисходящей контрастной миелографии

д) пневмоэнцефалографии

191. При МРТ диагностики рассеянного склероза следует учитывать, что нехарактерной локализацией бляшек является:

а) перивентрикулярное белое вещество

б) субкортикальное белое вещество

в) мост мозга

г) мозжечок

д) спинной мозг

192. К нейролептикам бутирофенонового ряда относятся:

а) аминазин, тизерцин

б) трифтазин, френолон

в) меллерил, сонопакс

г) галоперидол, дроперидол

д) лепонекс, сульпирид

193. К "дневным" транквилизаторам относится:

а) мидазолам (флормидал)

б) нитразепам (эуноктин)

в) диазепам (реланиум)

г) тофизепам (грандаксин)

д) лоразепам (мерлит)

194. Медикаментозный миопатический синдром не вызывают

а) кортикостероиды

б) хлорохин

в) аминокликозиды

г) антихолинэстеразные препараты

д) все перечисленные препараты

195. Побочные эффекты от приёма препаратов Л-ДОФА при паркинсонизме :

а) миастения

б) сухость во рту

в) психотические нарушения (галлюцинации)

г) эпилептические припадки

д) ночной энурез

196. 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

197. При обострении рассеянного склероза (Т-лимфопения, В-лимфоцитоз)

предпочтительнее назначить:

а) глюкокортикоидные препараты

б) цитостатики (азатиоприн, циклофосфамид)

в) стимуляторы В-лимфоцитов (пропермил, зимозан, пирогенал)

г) g-интерферон,

д) комплексное лечение указанными средствами

198. Наиболее частым побочным действием морфиноподобных препаратов, вводимых в терапевтических дозах, является:

а) угнетение всех фаз дыхательной деятельности

б) тахикардия

в) снижение артериального давления

г) тошнота и рвота

д) затруднение мочеиспускания

199. Признаки акромегалии при аденоме гипофиза можно уменьшить назначением:

а) бромида натрия

б) бромкриптина

в) бромкамфоры

- г) бромурала
- д) бромгексина

200. Антикоагулянтная терапия при ишемическом инсульте применяется для коррекции:

- а) метаболического ацидоза
- б) гиперфибриногенемии
- в) гиперпротеинемии
- г) гиперлипидемии
- д) верно все перечисленное

201. Противопаркинсонические препараты:

- а) аминазин
- б) баклофен
- в) мирапекс
- г) мидокалм
- д) сирдалуд

202. Противопаркинсонические препараты:

- а) мидокалм
- б) циннаризин
- в) юмекс (селегилин)
- г) винпоцетин
- д) сирдалуд

203. Компьютерная томография головного мозга не позволяет:

- а) дифференцировать гистологическую структуру опухоли
- б) дифференцировать серое и белое вещество мозга
- в) определить состояние ликворных путей
- г) определить области ишемии и кровоизлияния
- д) определить зону перифокального отека

204. Электрическую активность отдельных мышечных волокон при проведении электромиографии можно зарегистрировать с помощью:

- а) поверхностных электродов
- б) игольчатых электродов
- в) мультиполярных электродов
- г) поверхностных и игольчатых электродов
- д) мультиполярных и поверхностных электродов

205. В норме давление ликвора в положении сидя равно:

- а) 110-180 мм.вод.ст.
- б) 280-310 мм.вод.ст.
- в) 220-260 мм.вод.ст.
- г) 160-220 мм.вод.ст.
- д) 200-250 мм.вод.ст.

206. Ликворологическое исследование противопоказано даже при отсутствии признаков интракраниальной гипертензии, если подозревается:

- а) невринома VIII в I (отитрической) стадии клинического течения
- б) невринома VIII во II (отоневрологической) стадии клинического течения
- в) опухоль височной доли
- г) опухоль лобной доли
- д) опухоль теменной доли

207. Анализ крови при гепатоцеребральной дистрофии выявляет:

- а) нейтрофильный лейкоцитоз
- б) лимфоцитоз
- в) ускорение СОЭ

г) снижение гемоглобина

д) тромбоцитопению

208. В норме учащение пульса при исследовании вегетативных рефлексов вызывает проба:

а) Ашнера (глазосердечный рефлекс)

б) клиностатическая

в) ортостатическая

г) шейно-сердечная (синокаротидный рефлекс)

д) все указанные пробы

209. Чтобы купировать психомоторное возбуждение при тяжелой черепно-мозговой травме, применяют:

а) диазепам

б) аминазин

в) пропазин

г) гексенал

д) любой из перечисленных препаратов

210. Холинергический криз снимается введением:

а) ганглиоблокирующих средств

б) мышечных релаксантов

в) атропина

г) адреналина

д) норадреналина

211. Если течение геморрагического инсульта осложняется диссеминированным внутрисосудистым свертыванием, дополнительно назначают:

а) а-токоферол и рутин

б) фибринолизин и калликреин-депо

в) эпсилон-аминокапроновую кислоту

г) гепарин и замороженную плазму

д) все перечисленное

212. Решающее значение в диагностике менингита имеет:

а) острое начало заболевания с повышением температуры

б) острое начало заболевания с менингеальным синдромом

в) изменение спинномозговой жидкости

г) синдром инфекционно-токсического шока

д) анамнез

213. Для пирамидной спастичности характерно преимущественное повышение тонуса в мышцах:

а) сгибателях и пронаторах рук и разгибателях ног

б) сгибателях ног и разгибателях рук

в) сгибателях и разгибателях рук и ног равномерно

г) повышение тонуса в агонистах сочетается со снижением тонуса в антагонистах

д) все перечисленное

214. 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

215. Следующие симптомы: психомоторное возбуждение, мидриаз, паралич аккомодации, тахикардия, уменьшение секреции слюнных желез, сухость кожных покровов являются проявлением передозировки:

- а) атропина
- б) прозерина
- в) ацетилхолина
- г) пилокарпина
- д) галантамина

216. Последовательность выбора препарата в начале лечения эпилепсии определяется:

- а) типом припадка
- б) формой эпилепсии
- в) частотой приступов
- г) особенностями ЭЭГ
- д) всем перечисленным

217. Синдромом Аргайла Робертсона называют:

- а) отсутствие реакции зрачков на свет при сохранной реакции на конвергенцию и аккомодацию
- б) отсутствие прямой реакции на свет при сохранной содружественной реакции
- в) отсутствие реакции зрачков на конвергенцию при сохранной реакции на свет
- г) отсутствие реакции на аккомодацию в сочетании с мидриазом
- д) отсутствие реакции на конвергенцию и аккомодацию в сочетании с анизокорией

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

- а) реакции Вассермана с тремя разведениями ликвора
- б) коллоидной реакции Ланге
- в) коллоидной реакции Таката - Ара
- г) реакции иммобилизации бледных трепонем
- д) реакция иммунофлюоресценции

219. Больной со зрительной агнозией:

- а) плохо видит окружающие предметы, но узнает их
- б) видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной
- в) не видит предметы по периферии полей зрения
- г) видит предметы, но не узнает их
- д) плохо видит окружающие предметы и не узнает их

220. Содержание хлоридов в спинномозговой жидкости в норме колеблется в пределах:

- а) 80-110 ммоль/л
- б) 40-60 ммоль/л
- в) 203.-260 ммоль/л
- г) 120-130 ммоль/л
- д) 150-200 ммоль/л

221. Для выявления патологических процессов в задней черепной ямке целесообразно применить:

- а) компьютерную томографию
- б) компьютерную томографию с контрастированием
- в) магнитно-резонансную томографию
- г) позитронно-эмиссионную томографию
- д) все методы одинаково информативны

222. Основным патологическим рефлексом сгибательного типа является рефлекс:

- а) Бабинского
- б) Оппенгейма
- в) Россолимо
- г) Гордона
- д) Чеддока

223. Аневризма артерий мозга диаметром 3 мм может быть диагностирована с помощью:

- а) ангиографии
- б) реоэнцефалографии
- в) ультразвуковой доплерографии
- г) компьютерной томографии
- д) радиоизотопной скитиграфии

224. Гепарин не назначают:

- а) при лакунарном инсульте
- б) при кардиоэмболическом инсульте
- в) при атеротромботическом прогрессирующем инсульте
- г) для лечения и предупреждения венозных тромбозов при церебральном инфаркте
- д) для предупреждения повторной тромбоэмболии легочной артерии при церебральном инфаркте

225. Проведение отоневрологической калорической пробы противопоказано:

- а) при остром нарушении мозгового кровообращения
- б) при внутричерепной гипертензии
- в) при коматозном состоянии
- г) при перфорации барабанной перепонки
- д) при всем перечисленном

225. Эпидемиологический анамнез важен при подозрении:

- а) на менингококковый менингит
- б) на герпетический менингоэнцефалит
- в) на грибковый менингит
- г) на менингит, вызванный синегнойной палочкой
- д) на пневмококковый менингит

227. Для лечения генерализованных болезненных мышечных спазмов и судорог при столбняке препаратом первого выбора является:

- а) хлоралгидрат
- б) тиопентал
- в) фенобарбитал
- г) седуксен
- д) тубокурарин

228. 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 подражанию
- д) проверить устный счет

229. Для исследования проходимости субарахноидального пространства с помощью пробы Квеккенштедта следует:

- а) сильно наклонить голову больного вперед
- б) сдавить яремные вены
- в) надавить на переднюю брюшную стенку
- г) наклонить голову больного назад
- д) любой маневр удовлетворяет условиям данной пробы

230. Для дегидратирующей терапии при гипертоническом кровоизлиянии в мозг при артериальном давлении 230/130 мм рт. ст. и осмолярности крови выше 304 мосм/л следует выбрать

- а) мочевины
- б) кортикостероидные препараты
- в) маннитол
- г) лазикс
- д) магния сульфат

231. Показаниями для назначения дегидратирующих средств при ишемическом инсульте являются

- а) выраженность общемозговой симптоматики
- б) гиповолемия
- в) гиперкоагулопатия
- г) сочетание гиповолемии с гиперкоагулопатией
- д) наличие гемиплегии

232. Лечение гепатоцеребральной дистрофии пеницилламином начинают с назначения:

- а) малых доз с постепенным увеличением
- б) больших доз с постепенным снижением
- в) длительного приема средних доз
- г) больших доз через день

224. Для невралгии добавочного нерва характерно:

- а) опущение лопатки
- б) атрофия дельтовидной мышцы
- в) затруднение глотания
- г) слабость I и II пальцев кисти
- д) атрофия гипотенара

225. Клиническими признаками невралгии наружного кожного нерва бедра являются

- а) снижение коленного рефлекса
- б) гипестезия по наружной передней поверхности бедра
- в) слабость четырехглавой мышцы бедра
- г) симптом Ласега
- д) отсутствие ахиллова рефлекса

226. При синдроме Толосы-Ханта не наблюдается:

- а) боли в области глаза
- б) синдрома Горнера
- в) утраты чувствительности в области лба
- г) поражения зрительного нерва
- д) глазодвигательных нарушений

227. Для синдрома ущемления большеберцового нерва (синдром тарзального канала) характерны:

- а) боль в области голени
- б) припухлость в области наружной лодыжки
- в) парезы сгибателей пальцев стопы
- г) гипотрофия перонеальной группы мышц
- д) сенситивная атаксия

228. Для синдрома яремного отверстия характерно поражение нервов:

- а) языкоглоточного, блуждающего, добавочного
- б) блуждающего, добавочного, подъязычного
- в) добавочного, языкоглоточного, подъязычного
- д) блуждающего, лицевого, тройничного

229. Для васкулярного конусного синдрома характерны:

- а) задержка мочи
- б) анестезия в аногенитальной зоне
- в) нижний вялый парапарез
- г) отсутствие ахилловых рефлексов
- д) все перечисленное

230. При невралгии седалищного нерва наблюдается

- а) симптом Вассермана
- б) выпадение ахиллова рефлекса
- в) выпадение коленного рефлекса
- г) гипестезия по наружной передней поверхности бедра
- д) отек в области наружной лодыжки

231. Для невралгии добавочного нерва характерно:

- а) опущение лопатки
- б) атрофия дельтовидной мышцы
- в) затруднение глотания
- г) слабость I и II пальцев кисти
- д) атрофия гипотенара

232. 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) вертебробазиллярная недостаточность
- д) все перечисленное

233. Для сифилитического поражения слуховых нервов характерно:

- а) снижение костной проводимости при сохранении воздушной проводимости
- б) снижение воздушной проводимости при сохранении костной
- в) снижение костной и воздушной проводимости
- г) сохранение костной и воздушной проводимости
- д) повышение костной и снижение воздушной проводимости

234. Клиническими признаками поражения малоберцового нерва являются:

- а) парез разгибателей стопы
- б) гипестезия по внутренней поверхности голени
- в) выпадение ахиллова рефлекса
- г) симптом Вассермана
- д) отек в области наружной лодыжки

235. Для дифференциальной диагностики аксонопатий и миелінопатий наиболее информативным исследованием является:

- а) иммунологическое исследование крови
- б) электромиография
- в) иммунологическое исследование ликвора
- г) биопсия мышц
- д) иммунологическое исследование крови и ликвора

236. При кохлеарном неврите наблюдается:

- а) гиперacusia
- б) изолированное снижение костной проводимости
- в) изолированное снижение воздушной проводимости
- г) сочетанное снижение костной и воздушной проводимости
- д) снижение костной и повышение воздушной проводимости

237. Для невралгии затылочного нерва характерно:

- а) боль в околоушной области
- б) боль в области затылка с иррадиацией в надплечье
- в) болезненность при пальпации остистых отростков С3-С7
- г) напряжение мышц шеи
- д) все перечисленное

238. При невралгии бедренного нерва наблюдается

- а) симптом Ласега

- б) слабость четырехглавой мышцы бедра
- в) отсутствие ахиллова рефлекса
- г) атрофия мышц голени
- д) боль в области коленного сустава

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

- а) анальгетиков
- б) спазмолитиков
- в) противосудорожных средств
- г) всего перечисленного
- д) ничего из перечисленного

240. Признаками поражения лучевого нерва являются:

- а) "когтистая кисть"
- б) невозможность разгибания кисти
- в) невозможность отведения V пальца
- г) боль в области V пальца
- д) гиперкератоз кожи ладони

240. Нарушение походки при дифтерийной полиневропатии обусловлено:

- а) нижним спастическим парапарезом
- б) мозжечковой атаксией
- в) экстрапирамидной ригидностью
- г) сенситивной атаксией
- д) дистониями стоп

241. Для невропатии длинного грудного нерва характерно:

- а) парез дельтовидной мышцы
- б) парез грудинно-ключично-сосцевидной мышцы
- в) парез передней зубчатой мышцы
- г) парез трапецевидной мышцы
- д) парез трехглавой мышцы плеча

242. При невральной амиотрофии Шарко - Мари наблюдается:

- а) дистальная амиотрофия конечностей
- б) проксимальная амиотрофия конечностей
- в) амиотрофия туловища
- г) псевдогипертрофия икрожных мышц
- д) фибриллярные распространенные подергивания

243. При повреждении наружных участков перекреста зрительных нервов периметрия выявляет:

- а) одностороннюю гомонимную гемианопсию
- б) нижнеквадрантную гемианопсию
- в) битемпоральную гемианопсию
- г) биназальную гемианопсию
- д) верхнеквадрантную гемианопсию

244. Для выявления амнестической афазии следует:

- а) проверить устный счет
- б) предложить больному назвать окружающие предметы
- в) предложить больному прочитать текст
- г) убедиться в понимании больным обращенной речи
- д) выполнить действия по подражанию

245. 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) сдавливают икроножные мышцы

246. Для болезни Паркинсона характерно:

а) начало в молодом возрасте

б) дебют с дрожания головы

в) внезапное развитие симптомов

г) положительный эффект препаратов леводопы

247. Для лечения гиперкинетической формы хореи Гентингтона применяют:

а) дофамодержащие препараты

б) нейролептики

3 холинолитики

в) агонисты дофамина

г) амантадины

248.. Для паралича Дежерина-Клюмпке характерно нарушение чувствительности:

а) на внутренней поверхности плеча и предплечья

б) на наружной поверхности плеча и предплечья

в) на наружной поверхности бедра

г) на внутренней поверхности бедра

д) правильных вариантов нет

249.. Выпадение верхних (или нижних) половин полей зрения обоих глаз характерно для поражения:

а) шпорных борозд обеих затылочных долей

б) ретробульбарных отрезков обоих зрительных нервов

в) перекреста зрительных нервов

г) зрительного бугра

250.. Приступы побледнения кожи кончиков пальцев с последующим цианозом характерны для:

а) Болезни (синдрома) Рейно

б) Полиневропатии Гийена-Барре

в) синдрома Толоза-Ханта

г) гранулематоза Вегенера

д) спинной сухотки

251. Для вызывания нижнего менингеального симптома Брудзинского:

а) выпрямляют согнутую под прямым углом в коленном и тазобедренном суставах ногу больного

б) сгибают голову больного вперед

в) надавливают на область лонного сочленения

г) сдавливают четырехглавую мышцу бедра

д) поднимают прямую ногу

252. При выявлении нарушения дискриминационной чувствительности следует проверить, способен ли больной определить:

а) два одновременно наносимых раздражения на близко расположенных участках поверхности тела

б) место прикосновения при нанесении раздражения на различные участки тела

в) рисаемые на коже цифры, буквы, простые фигуры

г) температуру предмета

д) на ощупь знакомые предметы

253. Для пирамидной спастичности характерно преимущественное повышение тонуса в следующих мышцах:

а) сгибателях и пронаторах рук и разгибателях ног

- б) сгибателях ног и разгибателях рук
- в) сгибателях и разгибателях рук и ног одновременно
- г) разгибателях рук и ног

254. Ликвородинамическая проба Пуссепа вызывается

- а) наклоном головы вперед
- б) сдавливанием шейных вен
- в) давлением на переднюю брюшную стенку
- г) разгибанием ноги, предварительно согнутой в коленном и тазобедренном суставах
- д) надавливанием на глазные яблоки

255. В случае отсутствия блока субарахноидального пространства при пробе Квеккенштедта давление ликвора повышается в:

- а) в 2 раза
- б) в 10 раз
- в) в 6 раз
- г) в 4 раза
- д) в 1,5 раза

256. Содержание хлоридов в ликворе при люмбальной пункции в норме:

- а) 120-130 ммоль/л
- б) 80-110 ммоль/л
- в) 40-60 ммоль/л
- г) 200-260 ммоль/л
- д) 150-200 ммоль/л

257. Эпидемиологический анамнез важен при подозрении на:

- а) менингококковый менингит
- б) герпетический менингоэнцефалит
- в) грибковый менингит
- г) пневмококковый менингит

258. Децеребрационная ригидность возникает при поражении створа мозга с уровня

- а) красных ядер
- б) верхних отделов продолговатого мозга
- в) нижних отделов продолговатого мозга
- г) моста мозга
- д) продолговатого мозга

259. Моторная апраксия в левой руке развивается при поражении

- а) ствола мозолистого тела
- б) колена мозолистого тела
- в) утолщения мозолистого тела
- г) красного ядра
- д) черного вещества

260. Интегральная деятельность обоих полушарий головного мозга обеспечивается

- а) комиссуральными волокнами
- б) проекционными волокнами
- в) ассоциативными волокнами
- г) ретикулярной формацией

261. Ассоциативные волокна связывают

- а) различные участки коры одного полушария
- б) симметричные части обоих полушарий
- в) несимметричные части обоих полушарий
- г) кору со зрительным бугром и нижележащими отделами (центробежные и центростремительные пути)
- д) кору с мостом мозга

262. Астереогноз возникает при поражении

- а) верхней теменной доли
 - б) язычной извилины теменной доли
 - в) верхней височной извилины
 - г) нижней лобной извилины
 - д) верхней лобной извилины
263. Морфологические изменения при дифтерийной полинейропатии обусловлены
- а) сегментарной демиелинизацией
 - б) лимфоидной инфильтрацией периферических нервов
 - в) дегенерацией аксонов
 - г) пролиферацией шванновских клеток
264. ВИЧ проникает в нервную систему в ранней фазе заболевания и сохраняется в латентном состоянии в:
- а) макрофагах мозга
 - б) эндотелии мозговых сосудов
 - в) телах нейронов
 - г) клетках нейроглии
265. Характерным признаком тромбоза внутренней сонной артерии является
- а) альтернирующий оптико-пирамидный синдром
 - б) альтернирующий синдром Валенберга-Захарченко
 - в) альтернирующий синдром Вебера
 - г) сенсорная афазия
 - д) альтернирующий синдром Мийяр-Гублера
266. Закупорку экстракраниального отдела позвоночной артерии от закупорки интракраниального отличает наличие
- а) "пятнистости" поражения ствола по длиннику
 - б) классических альтернирующих синдромов
 - в) глазодвигательных расстройств
 - г) двигательных чувствительных нарушений
 - д) вестибуло-мозжечковых нарушений
267. Какой симптом НЕ характерен для поражения левой передней мозговой артерии
- а) моторная афазия
 - б) нарушения психики
 - в) преобладание пареза в руке
 - г) хватательный рефлекс
 - д) апраксия левой руки
268. Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие
- а) гомонимной гемианопсии
 - б) битемпоральной гемианопсии
 - в) биназальной гемианопсии
 - г) концентрического сужения полей зрения
 - д) центральной скотомы
269. Латеральный медулярный синдром возникает при закупорке
- а) нижней задней артерии мозжечка
 - б) коротких циркулярных артерий моста
 - в) длинных циркулярных артерий моста
 - г) парамедианных артерий моста
 - д) нижней передней артерии мозжечка
270. Симпатикотоническая форма вегетативно-сосудистой дистонии характеризуется
- а) тахикардией
 - б) дистальным акроцианозом
 - в) потливостью
 - г) гипотермией

д) диареей

271. Центральный парез левой руки возникает при локализации очага в:

- а) среднем отделе передней центральной извилины справа
- б) верхних отделах передней центральной извилины слева
- в) нижних отделах передней центральной извилины слева
- г) заднем бедре внутренней капсулы
- д) колене внутренней капсулы

272. Для исследования проходимости субарахноидального пространства с помощью пробы Квеккенштедта следует:

- а) сдавить яремные вены
- б) сильно наклонить голову больного вперед
- в) надавить на переднюю брюшную стенку
- г) наклонить голову больного назад

273. Для выявления амнестической афазии следует:

- а) предложить больному назвать окружающие предметы
- б) проверить устный счет
- в) предложить больному прочитать текст
- г) убедиться в понимании больным обращенной речи
- д) повторить определенные слова

274. Для выявления конструктивной апраксии следует предложить больному:

- а) сложить заданную фигуру из спичек или иных однотипных предметов
- б) поднять руку
- в) коснуться правой рукой левого уха
- г) выполнить различные движения по подражанию
- д) проверить устный счет

275. Для выявления асинергии с помощью пробы Бабинского следует предложить больному:

- а) сесть из положения лежа на спине со скрещенными на груди руками
- б) коснуться пальцем кончика носа
- в) осуществить быструю пронацию-супинацию вытянутых перед собой рук
- г) стоя, отклониться назад
- д) сделать несколько шагов с закрытыми глазами

276. Проведение отоневрологической калорической пробы противопоказано при:

- а) обоих состояниях
- б) перфорации барабанной перепонки
- в) остром отите
- г) ни при одном из указанных состояний

277. Двусторонний экзофтальм является признаком:

- а) гиперпродукции тиреотропного гормона
- б) опухоли перекреста зрительных нервов
- в) аденомы гипофиза
- г) врожденной аномалии

278. Походка с раскачиванием туловища из стороны в сторону характерна для больного с:

- а) прогрессирующей мышечной дистрофией
- б) фуникулярным миелозом
- в) дистальной моторной диабетической полинейропатией
- г) невральной амиотрофией Шарко-Мари
- д) мозжечковой миоклонической диссинергией Ханта

279. Интенционное дрожание и промахивание при выполнении пальце-носовой пробы характерно для:

- а) динамической атаксии
- б) статико-локомоторной атаксии

- в) лобной атаксии
- г) сенситивной атаксии
- д) всех форм атаксии

280. Для выявления сенситивной динамической атаксии следует попросить больного:

- а) пройти с закрытыми глазами
- б) осуществить фланговую походку
- в) встать в позу Ромберга с закрытыми глазами
- г) стоя, отклониться назад
- д) выполнить координаторные пробы

281. Разрушение вершины пирамиды височной кости с четкими краями дефекта ("обрубленная" пирамида) является характерным рентгенологическим признаком:

- а) невриномы тройничного нерва
- б) невриномы слухового нерва
- в) холестеатомы мостомозжечкового угла
- г) менингиомы

282. Развитие синдрома Уотерхауса-Фридриксена (острой надпочечниковой недостаточности) характерно для тяжелого течения

- а) менингококкового менингита
- б) стафилококкового менингита
- в) пневмококкового менингита
- г) менингита, вызванного вирусом Коксаки
- д) лимфоцитарного хориоменингита

283. Для острого клещевого энцефалита НЕ характерно

- а) заболевание в осенне-зимний период
- б) менингоэнцефалитический синдром
- в) повышение внутричерепного давления
- г) вялые парезы и параличи мышц плечевого пояса
- д) лихорадка в начале заболевания

284. Для герпетического энцефалита НЕ характерно наличие

- а) гемиатаксии
- б) общемозговых симптомов и нарушения сознания
- в) внутричерепной гипертензии и застоя на глазном дне
- г) судорожных припадков
- д) гемипарезов

285. Для вирусных энцефалитов НЕ характерно следующее изменение

- а) увеличение содержания глюкозы
- б) лимфоцитарный плеоцитоз
- в) увеличение содержания белка
- г) повышение давления цереброспинальной жидкости

286. При лечении псевдомонозного менингита (вызванного синегнойной палочкой) наиболее эффективен

- а) меронем
- б) бензилпенициллин
- в) эритромицин
- г) роцефин

287. Для менингитов, вызванных вирусами ЕСНО и Коксаки, НЕ характерно

- а) тяжелое течение и грубые резидуальные синдромы
- б) острое начало с лихорадкой
- в) полимиалгия
- г) оболочечно-гипертензивный синдром
- д) лимфоцитарный плеоцитоз

288. Значительное снижение уровня глюкозы в ликворе характерно для менингита

- а) туберкулезного
- б) гриппозного
- в) пневмококкового
- г) паротитного
- д) сифилитического

289. Для лечения менингококкового менингита следует выбрать

- а) пеницилин или роцефин
- б) клиндамицин
- в) тетрациклин
- г) эритромицин
- д) канамицин

290. К редким возбудителям серозного менингита относится

- а) парагриппозный вирус
- б) вирус лимфоцитарного хориоменингита
- в) микобактерия туберкулеза
- г) вирус эндемического паротита
- д) грибковая флора

291. Для острого полиомиелита НЕ характерно поражение мотонейронов

- а) коры головного мозга
- б) моторных ядер ствола
- в) шейного утолщения спинного мозга
- г) грудного отдела спинного мозга
- д) поясничного утолщения спинного мозга

292. Отличие ликвора на второй неделе паралитической стадии острого полиомиелита от показателей на первой недели

- а) белково-клеточная диссоциация
- б) нормальный уровень глюкозы
- в) нормальный уровень хлоридов
- г) эозинофильный цитоз
- д) повышение уровня глюкозы

293. Прорыв абсцесса мозга в ликвороносные пути можно диагностировать на основании появления у больного

- а) мутной спинномозговой жидкости при пункции
- б) высокой температуры
- в) менингеального синдрома
- г) резкого снижения артериального давления
- д) резкого падения температуры тела

294. Нарушение походки при дифтерийной полинейропатии обусловлено

- а) сенситивной атаксией
- б) нижним спастическим парапарезом
- в) мозжечковой атаксией
- г) экстрапирамидной ригидностью
- д) лобной атаксией

295. Эффективным методом лечения абсцесса мозга является

- а) хирургическое удаление абсцесса
- б) массивное введение антибиотиков и дегидратирующих средств
- в) промывание полости абсцесса диоксидином
- г) промывание полости абсцесса антибиотиками
- д) применение противовоспалительных доз лучевой терапии

296. Препаратом первого выбора для лечения генерализованных болезненных мышечных спазмов и судорог при столбняке является

- а) седуксен

- б) хлоралгидрат
- в) тиопентал
- г) фенобарбитал
- д) тубокурарин

297. К ликвородинамическим относятся следующие диагностические пробы:

- а) Квеккенштедта, Пуссепе, Стукея
- б) Квеккенштедта, Пуссепе, Мак-Клюра - Олдрича
- в) Пуссепе, Стукея, Мак-Клюра - Олдрича
- г) Стукея, Мак-Клюра - Олдрича, Квеккенштедта

298. Электрическую активность отдельных мышечных волокон при проведении электромиографии можно зарегистрировать с помощью

- а) игольчатых электродов
- б) поверхностных электродов
- в) мультиполярных электродов
- г) поверхностных и игольчатых электродов
- д) мультиполярных и поверхностных электродов

299. Синдром Клиппеля-Фейля характеризуется на рентгенограммах признаками

- а) срастанием нескольких шейных позвонков
- б) краниостеноза
- в) платибазии
- г) остеопороза турецкого седла
- д) выступанием зуба второго шейного позвонка в область проекции задней черепной ямки

300. Для вертеброгенной васкулярной цервикальной миелопатии характерны

- а): смешанный верхний парапарез в сочетании со спастическим нижним парапарезом
- б) выраженные расстройства тазовых функций
- в) грубые атрофии мышц нижних конечностей
- г) вялый тетрапарез

(приводится примерный перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен)

4. Методические рекомендации к подготовке и сдаче итогового государственного экзамена
- 4.1. Рекомендуемая литература
1. Мартынов Ю.С. Неврология : Учебник / Ю.С. Мартынов. - 4-е изд., исправ. и доп. ; Юбилейное издание. - М. : Изд-во РУДН, 2009. - 624 с. : ил. - (Библиотека классического университета). - ISBN 978-5-209-03390-5 : 368.45.
 2. Чмутин Г.Е., Ноздрюхина Н.В., Струценко А.А., Кабаева Е.Н. Периферическая нервная система. М.: РУДН. 2019, 72 с.
 3. Чмутин Г.Е., Струценко А.А., Гарабова Н.И. [и др.]. Методы исследования в неврологии. М.: Изд-во РУДН. 2018, 64 с.
 3. Калинин П.Л., Кутин М.А., Фомичев Д.В. Хирургическое лечение аденом гипофиза. М.:РУДН.2020, 216 с. Гриф УМО
 4. Воронов В.Г., Чмутин Г.Е. Вертебромедулярные пороки развития в детском возрасте. М.: Экон-Информ. 2016, 356 с.
 5. В.Г. Воронов, Г.Е. Чмутин. Нейрохирургическая вертебромедулярная патология у детей и подростков : в 2-х томах. Т. 1 / - Электронные текстовые данные. - М. : Изд-во РУДН, 2017. - 442 с. : ил. - ISBN 978-5-209-08186-9. - ISBN 978-5-209-07490-8 : 589.39. http://lib.rudn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=Rudn_FindDoc&id=466598&idb=0
 6. В.Г. Воронов, Г.Е. Чмутин. Нейрохирургическая вертебромедулярная патология у детей и подростков : в 2-х томах. Т. 2 / - Электронные текстовые данные. - М. : Изд-во РУДН, 2018. - 516 с. : ил. - ISBN 978-5-209-08459-4. - ISBN 978-5-209-07490-8 : 844.86. http://lib.rudn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=Rudn_FindDoc&id=466596&idb=0
 7. Практикум по неврологии : учебное пособие / Н.В. Ноздрюхина, Н.И. Гарабова, М.Г. Буржунова [и др.]. - 8-е изд., испр. и доп. ; Электронные текстовые данные. - М. : Изд-во РУДН, 2020. - 164 с. : ил. - ISBN 978-5-209-09658-0 : 123.66. http://lib.rudn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=Rudn_FindDoc&id=487641&idb=0
 8. Неврология : национальное руководство. Краткое издание / под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, А.Б. Гехт. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-4405-4. http://lib.rudn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=Rudn_FindDoc&id=475773&idb=0
 9. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А.: Под ред. А.В.Амелина, Е.Р.Баранцевича. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. Руководство для врачей. С-Пб. Политехника, 2017 г. 663 с
 10. Методы исследования в неврологии : учебное пособие / Г.Е. Чмутин, А.А. Струценко, Н.И. Гарабова [и др.]. - Электронные текстовые данные. - М. : Изд-во РУДН, 2018. - 64 с. : ил. - ISBN 978-5-209-07080-1 : 35.58. http://lib.rudn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=Rudn_FindDoc&id=463982&idb=0
 11. Методические рекомендации по самоподготовке к практическим занятиям по нейрохирургии : учебно-методическое пособие / Г.Е. Чмутин, Е.Г. Чмутин. - Электронные текстовые данные. - М. : Изд-во РУДН, 2017. - 54 с. : ил. - ISBN 978-5-209-07654-4 : 50.66. http://lib.rudn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=Rudn_FindDoc&id=471843&idb=0
 12. Периферическая нервная система : учебно-методическое пособие для студентов медицинских вузов / Г.Е. Чмутин, Н.В. Ноздрюхина, А.А. Струценко, Е.Н. Кабаева. - Электронные текстовые данные. - М. : Изд-во РУДН, 2019. - 72 с. : ил. - ISBN 978-5-209-08978-0 : 75.30. http://lib.rudn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=Rudn_FindDoc&id=481382&idb=0
 13. Ноздрюхина Н.В., Струценко А.А., Шувахина Н.А. [и др.]. Глоссарий по неврологии 2015
 14. Пропедевтика нервных болезней : учебное пособие к практическим занятиям: В 2-х ч. Ч.1 / Н.В. Ноздрюхина, А.А. Струценко, Н.А. Шувахина, Н.И. Гарабова. - Электронные текстовые данные. - М. : Изд-во РУДН, 2016. - 67 с. : ил. - ISBN 978-5-209-06591-3 : 100.75. http://lib.rudn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=Rudn_FindDoc&id=449482&idb=0

15. Ноздрюхина Н.В., Струценко А.А., Гарабова Н.И. [и др.] Сосудистые заболевания головного мозга 2018

Вегетативная нервная система : учебно-методическое пособие для студентов медицинских вузов / Н.В. Ноздрюхина, Е.Н. Кабаева, Н.И. Гарабова [и др.]. - Электронные текстовые данные. - Москва : РУДН, 2020. - 80 с. : ил. - ISBN 978-5-209-10543-5 :

69.50.http://lib.rudn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=Rudn_FindDoc&id=492077&idb=0

16. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : Учебник в 2-х томах. Т. 1 :

Неврология / 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.

17. Сборник вопросов и задач для контроля знаний студентов по нервным болезням : учебно-методическое пособие / Н.В. Ноздрюхина, Н.И. Гарабова, А.А. Струценко, М.Г. Буржунова. - М. : Изд-во РУДН, 2018. - 63 с. - ISBN 978-5-209-08484-6 : 55.33.

Дополнительная литература

1. Потапов А.А., Горельшев С.К., Калинин П.Л. Нейрохирургические технологии в лечении заболеваний и повреждений основания черепа. Смоленск. Издательско – полиграфическая фирма «Алина» 2020, 208 с.

2. Ноздрюхина Н.В., Струценко А.А., Кабаева Е.Н. [и др.]. Практикум по неврологии. М.: РУДН. 2020, 164 с.

3. Нейродегенеративные заболевания: от генома до целостного организма : Монография в 2-х томах. Т.1 / Под ред. М.В. Угрюмова. - М. : Научный мир, 2014. - 580 с. - ISBN 978-5-91522-400-0. - ISBN 978-5-91522-395-9 : 0.00.

28.991 - Н 46

4. Быков Ю.В. Резистентные депрессии [Текст] : Практическое руководство / Ю.В. Быков, Р.А. Беккер, М.К. Резников. - Киев : Медкнига, 2013. - 400 с. - (Библиотечка практикующего врача).

5. Организационные аспекты совершенствования диагностического процесса и технологий динамической оценки состояния пациентов с когнитивными расстройствами : Учебно-методическое пособие. - Иваново : Богородское, 2009. - 66 с. - 0.00.

с) Дополнительные рекомендации. На экзамене допускается использование лабораторных норм.

(указывается рекомендуемая литература для подготовки к государственному экзамену)

4.2. Дополнительные рекомендации

а) программное обеспечение

1. Электронно-библиотечная система РУДН <http://lib.rudn.ru/>

2. Учебный портал РУДН (<http://web-local.rudn.ru/>);

3. Научная электронная библиотека (<http://elibrary.ru/defaultx.asp>);

4. Универсальная библиотека ONLINE (<http://biblioclub.ru/>);

5. Библиотека электронных журналов BENTHAMOPEN

(<http://www.benthamscience.com/open/a-z.htm>);

6. Библиотека электронных журналов Elsevier (<http://www.elsevier.com/about/open-access/open-archives>)

7. Медицинская онлайн библиотека MedLib (<http://med-lib.ru/>)

8. Национальная библиотечная система США <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

9. <http://www.ispub.com/>

10. Медлайн-Каталог Основоположником "Медлайна" является Национальная медицинская библиотека USA. Медлайн - это самая крупная открытая база данных медицинской информации в мире, в каталог Медлайна входят более 75% всех мировых медицинских изданий. MedLine содержит все статьи, собранные в трех основных медицинских справочниках: InternationalNursingIndex, IndexMedicus, Index to DentalLiterature. <http://www.medline-catalog.ru/>

11. Биомедицинский журнал Medline.ru Сайт содержит оригинальные статьи по различным разделам медицины <http://www.medline.ru>

Из читального зала РУДН возможен доступ к следующим ресурсам:

1. Wiley Online Library - мультидисциплинарная коллекция журналов

Режим доступа: www.wileyonlinelibrary.com

2. Thieme Verlagsgruppe (издает авторитетные журналы по медицине и химии. Авторитетность журналов подтверждается включением большинства из них в Web of Science и высокими значениями импакт-факторов в Journal Citation Reports (JCR).) Режим доступа: <https://science-of-synthesis.thieme.com/>

3. Nature. Режим доступа: <http://www.nature.com/siteindex/index.html> . На платформе размещены журналы, публикуемые Nature Publishing Group и издательствами-партнерами. Их авторитетность подтверждается высокими значениями импакт-фактора. Флагманский журнал — мультидисциплинарный Nature — и ряд журналов по отдельным предметным областям (Nature Medicine, Nature Nanotechnology и другие) имеют первый ранг в своих предметных категориях в Journal Citation Reports.

4. Cambridge University Press, журналы (грант РФФИ)
Полная коллекция журналов Cambridge University Press включает более 370 журналов по различным отраслям знания. Журналы объединяются в тематические коллекции: Science, Technology, Medicine (естественные науки и медицина) .

5. Oxford Journals, полная коллекция журналов - 262 журнала (81 журнал по медицине). Режим доступа: <https://academic.oup.com/journals/>

6. SAGE Архив научных журналов издательства SAGE Publications
Глубина архива: с 1 января 1800 года по 31 декабря 1998 года. Список доступных журналов

Режим доступа:

<http://arch.neicon.ru/xmlui/handle/123456789/2757634/browse?type=sou>

7. ScienceDirect (ESD), «FreedomCollection», ИД "Elsevier" . Режим доступа: <http://www.sciencedirect.com>

8. Электронные ресурсы издательства Springer. Режим доступа: <https://rd.springer.com/>

(приводятся дополнительные рекомендации, такие как: возможность использования программных продуктов при подготовке к государственному экзамену, использования на экзамене вычислительной техники, печатных материалов и т.п.)

5. Оценочные средства, предназначенные для установления в ходе аттестационных испытаний соответствия/несоответствия уровня подготовки выпускников, завершивших освоение ОП ВО по направлению подготовки/специальности, требованиям соответствующего ОС ВО РУДН.

Оценочные средства представляются в виде фонда оценочных средств для итоговой (государственной итоговой) аттестации, а именно:

- перечень компетенций, которыми должны овладеть обучающиеся в результате освоения образовательной программы;
- описание показателей и критериев оценивания компетенций, а также шкал оценивания;

- типовые задания или иные материалы, необходимые для оценки результатов освоения образовательной программы;
- методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов освоения образовательной программы.

Например: шкала оценки за устный ответ на междисциплинарном экзамене:

Оценка «5» (отлично) ставится, если:

- *полно раскрыто содержание материала экзаменационного билета;*
- *материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности;*
- *продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала;*
- *точно используется терминология;*
- *показано умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, применять их в новой ситуации;*
- *продемонстрировано усвоение ранее изученных сопутствующих вопросов, сформированность и устойчивость компетенций, умений и навыков;*
- *ответ прозвучал самостоятельно, без наводящих вопросов;*
- *продемонстрирована способность творчески применять знание теории к решению профессиональных задач;*
- *продемонстрировано знание современной учебной и научной литературы;*
- *допущены одна – две неточности при освещении второстепенных вопросов, которые исправляются по замечанию.*

Оценка «4» (хорошо) ставится, если:

- *вопросы экзаменационного материала излагаются систематизированно и последовательно;*
- *продемонстрировано умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер;*
- *продемонстрировано усвоение основной литературы.*
- *ответ удовлетворяет в основном требованиям на оценку «5», но при этом имеет один из недостатков:*

в изложении допущены небольшие пробелы, не искажившие содержание ответа;
допущены один – два недочета при освещении основного содержания ответа, исправленные по замечанию экзаменатора;
допущены ошибка или более двух недочетов при освещении второстепенных вопросов, которые легко исправляются по замечанию экзаменатора.

Оценка «3» (удовлетворительно) ставится, если:

- *неполно или непоследовательно раскрыто содержание материала, но показано общее понимание вопроса и продемонстрированы умения, достаточные для дальнейшего усвоения материала;*
- *усвоены основные категории по рассматриваемому и дополнительным вопросам;*
- *имелись затруднения или допущены ошибки в определении понятий, использовании терминологии, исправленные после нескольких наводящих вопросов;*
- *при неполном знании теоретического материала выявлена недостаточная сформированность компетенций, умений и навыков, студент не может применить теорию в новой ситуации;*
- *продемонстрировано усвоение основной литературы.*

Оценка «2» (неудовлетворительно) ставится, если:

- *не раскрыто основное содержание учебного материала;*
- *обнаружено незнание или непонимание большей или наиболее важной части учебного материала;*
- *допущены ошибки в определении понятий, при использовании терминологии, которые не исправлены после нескольких наводящих вопросов.*
- *не сформированы компетенции, умения и навыки.*

6. Оценочные средства.

Оценочные средства представляются в виде фонда оценочных средств для итоговой (государственной итоговой) аттестации, а именно:

- перечень компетенций, которыми должны овладеть обучающиеся в результате освоения образовательной программы;
- описание показателей и критериев оценивания компетенций, а также шкал оценивания;
- типовые задания или иные материалы, необходимые для оценки результатов освоения образовательной программы;
- методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов освоения образовательной программы.

Программа составлена в соответствии с требованиями ОС ВО РУДН.

Разработчики:

Заведующий кафедрой нервных болезней
и нейрохирургии, д.м.н. профессор
должность, название кафедры

подпись

Г.Е.Чмутин
инициалы, фамилия

Завуч кафедры нервных болезней
и нейрохирургии, к.м.н. доцент
должность, название кафедры

подпись

Н.В.Ноздрюхина
инициалы, фамилия

Руководитель программы
Заведующий кафедрой нервных болезней
и нейрохирургии, д.м.н. профессор
должность, название кафедры

подпись

Г.Е.Чмутин
инициалы, фамилия

Заведующий кафедрой
Заведующий кафедрой нервных болезней
и нейрохирургии, д.м.н. профессор
название кафедры

подпись

Г.Е.Чмутин
инициалы, фамилия