

федеральное государственное  
бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Волгоградский государственный  
медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

**«УТВЕРЖДАЮ»**  
Директор Института НМФО  
  
Н.И. Свиридова  
«24» июня 2024 г.  
**ПРИНЯТО**  
на заседании ученого совета  
Института НМФО  
№18 от «24» июня 2024 г.

**Фонд оценочных средств для проведения государственной (итоговой  
государственной) аттестации**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров  
высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.42 Неврология**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-невролог**

**Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской  
реабилитации Института НМФО**

Форма обучения: очная

Срок обучения: 2 года


Для обучающихся 2023, 2024 годов поступления  
(актуализированная редакция)

Волгоград 2024 г.

**Разработчики программы:**

<b>Ф.И.О.</b>	<b>Должность</b>	<b>Ученая степень/ звание</b>	<b>Кафедра (полное название)</b>
1. Барулин Александр Евгеньевич	Заведующий кафедрой, профессор	д.м.н., доцент	Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО
2. Курушина Ольга Викторовна	Профессор кафедры	д.м.н., доцент	Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО
3. Гордеева Ирина Евгеньевна	Доцент кафедры	к.м.н.	Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО
4. Клаучек Анжелика Евгеньевна	Доцент кафедры	к.м.н.	Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО
5. Калинин Богдан Максимович	Ассистент		Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО

**Рабочая программа обсуждена** на заседании кафедры протокол № 7 от «28» мая 2024 года

Заведующий кафедрой неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации института НМФО, д.м.н., доцент  Барулин А.Е.

**Рецензенты:**

Главный внештатный специалист-невролог Северо-Западного федерального округа РФ, заведующий кафедрой неврологии и мануальной медицины ФПО ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова д.м.н., профессор Баранцевич Е. Р.


Главный внештатный специалист невролог по СКФО, заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СтавГМУ, д.м.н., профессор Карпов С.М.

**Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 12 от «27» июня 2024 года**

Председатель УМК



М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики  М.Л. Науменко

**Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО ВолгГМУ протокол № 18 от «27» июня 2024 года**

Секретарь Ученого совета  / М.В. Кабытова /

# 1. Тестовые задания для итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.42. Неврология (300)

01.1. При поражении отводящего нерва возникает паралич глазодвигательной мышцы

- а) верхней прямой
- б) наружной прямой
- в) нижней прямой
- г) нижней косой
- д) верхней косой

01.2. 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

01.3. Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне T<sub>10</sub> дерматома, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента

- а) T<sub>6</sub> или T<sub>7</sub>
- б) T<sub>8</sub> или T<sub>9</sub>
- в) T<sub>9</sub> или T<sub>10</sub>
- г) T<sub>10</sub> или T<sub>11</sub>
- д) T<sub>11</sub> или T<sub>12</sub>

01.4. При центральном параличе наблюдается

- а) атрофия мышц
- б) повышение сухожильных рефлексов
- в) нарушение чувствительности по полиневритическому типу
- г) нарушения электровозбудимости нервов и мышц
- д) фибриллярные подергивания

01.5. Хореический гиперкинез возникает при поражении

- а) палеостриатума
- б) неостриатума
- в) медиального бледного шара
- г) латерального бледного шара
- д) мозжечка

01.6. Волокна глубокой чувствительности для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии

- а) латерально
- б) медиально
- в) вентрально
- г) дорсально
- д) вентролатерально

01.7. Волокна глубокой чувствительности для туловища и верхних конечностей располагаются в клиновидном пучке задних канатиков по отношению к средней линии

- а) латерально
- б) медиально
- в) вентрально
- г) дорсально
- д) вентромедиально

01.8. 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

01.9. Основным медиатором тормозного действия является

- а) ацетилхолин
- б) ГАМК
- в) норадреналин
- г) адреналин
- д) дофамин

01.10. Все афферентные пути стриопаллидарной системы оканчиваются

- а) в латеральном ядре бледного шара
- б) в полосатом теле
- в) в медиальном ядре бледного шара
- г) в субталамическом ядре
- д) в мозжечке

01.11. Неустойчивость в позе Ромберга при закрытии глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия

- а) мозжечковая
- б) сенситивная
- в) вестибулярная
- г) лобная
- д) смешанная

01.12. Регуляция мышечного тонуса мозжечком при изменении положения тела в пространстве осуществляется через

- а) красное ядро
- б) люисово тело
- в) черное вещество
- г) полосатое тело
- д) голубое пятно

01.13. Биназальная гемианопсия наступает при поражении

- а) центральных отделов перекреста зрительных нервов
- б) наружных отделов перекреста зрительных нервов
- в) зрительной лучистости
- г) зрительных трактов
- д) черного вещества

01.14. К концентрическому сужению полей зрения приводит сдавление

- а) зрительного тракта
- б) зрительного перекреста
- в) наружного коленчатого тела
- г) зрительной лучистости
- д) черного вещества

01.15. При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия

- а) биназальная
- б) гомонимная
- в) битемпоральная
- г) нижнеквадрантная
- д) верхнеквадрантная

01.16. Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении

- а) зрительного тракта
- б) зрительного перекреста
- в) зрительной лучистости
- г) внутренней капсулы
- д) зрительного нерва

01.17. 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

01.18. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении

- а) обонятельного бугорка
- б) обонятельной луковицы
- в) височной доли
- г) теменной доли
- д) лобной доли

01.19. Битемпоральная гемианопсия наблюдается при поражении

- а) центральных отделов перекреста зрительных нервов
- б) наружных отделов перекреста зрительных нервов
- в) зрительных трактов перекреста зрительных нервов
- г) зрительной лучистости с двух сторон
- д) лобной доли

01.20. Истинное недержание мочи возникает при поражении

- а) парацентральных долек передней центральной извилины
- б) шейного отдела спинного мозга
- в) поясничного утолщения спинного мозга
- г) конского хвоста спинного мозга
- д) моста мозга

01.21. При парезе взора вверх и нарушении конвергенции очаглокализуется

- 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

01.22. Половинное поражение поперечника спинного мозга (синдром Броун - Секара) характеризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании

- а) с нарушением всех видов чувствительности - на противоположной
- б) с нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага
- в) с нарушением глубокой чувствительности на стороне очага и болевой и температурной чувствительности - на противоположной
- г) с нарушением всех видов чувствительности на стороне очага
- д) с полиневритическими расстройствами чувствительности

01.23. При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия

- а) динамическая
- б) вестибулярная
- в) статическая
- г) сенситивная
- д) лобная

01.24. При периферическом парезе левого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет левого глаза, гиперестезии в средней зоне Зельдера 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

01.25. Судорожный припадок начинается с пальцев левой ноги в случае расположения очага

- а) в переднем адверсивном поле справа
- б) в верхнем отделе задней центральной извилины справа
- в) в нижнем отделе передней центральной извилины справа
- г) в верхнем отделе передней центральной извилины справа
- д) в нижнем отделе задней центральной извилины справа

01.26. Сочетание 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) Гассерова
- д) звездчатого

01.27. Центральный парез левой руки возникает при локализации очага

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

01.28. Шейное сплетение образуется передними ветвями спинномозговых нервов и шейных сегментов

- а) C<sub>1</sub>-C<sub>4</sub>
- б) C<sub>2</sub>-C<sub>5</sub>
- в) C<sub>3</sub>-C<sub>6</sub>
- г) C<sub>4</sub>-C<sub>7</sub>
- д) C<sub>5</sub>-C<sub>8</sub>

01.29. Плечевое сплетение формируют передние ветви спинномозговых нервов

- а) C<sub>5</sub>-C<sub>8</sub>
- б) C<sub>5</sub>-T<sub>1</sub>
- в) C<sub>6</sub>-C<sub>8</sub>
- г) C<sub>8</sub>-T<sub>2</sub>
- д) T<sub>1</sub>-T<sub>3</sub>

01.30. Нервные импульсы генерируются

- а) клеточным ядром
- б) наружной мембраной
- в) аксоном
- г) нейрофиламентами
- д) дендритами

01.31. Алексия наблюдается при поражении

- а) верхней лобной извилины
- б) парагиппокампальной извилины
- в) таламуса
- г) угловой извилины
- д) моста мозга

01.32. 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

01.33. В состав моста ствола мозга входят

- а) красные ядра
- б) ядра блокового нерва
- в) ядра глазодвигательного нерва
- г) ядра отводящего нерва
- д) ядра подъязычных нервов

01.34. Гемиянестезия, гемипарез, гемипaresия характерны для поражения

- а) бледного шара
- б) хвостатого ядра
- в) красного ядра
- г) таламуса

д) черного вещества

01.35. Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается

- а) вялым парезом ног и нарушением чувствительности по корешковому типу
- б) спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами
- в) нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи
- г) спастическим парапарезом ног без расстройств чувствительности и нарушением функции тазовых органов
- д) нарушением глубокой чувствительности проксимальных отделов ног и задержкой мочи

01.36. Истинный астереогноз обусловлен поражением

- а) лобной доли
- б) височной доли
- в) теменной доли
- г) затылочной доли
- д) мозжечка

01.37. 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

01.38. Астереогноз возникает при поражении

- а) язычной извилины теменной доли
- б) верхней височной извилины
- в) нижней лобной извилины
- г) верхней теменной дольки
- д) мозжечка

01.39. Замыкание дуги рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы плеча происходит на уровне следующих сегментов спинного мозга

- а) С<sub>3</sub>-С<sub>4</sub>
- б) С<sub>5</sub>-С<sub>6</sub>
- в) С<sub>7</sub>-С<sub>8</sub>
- г) С<sub>8</sub>-Т<sub>1</sub>
- д) Т<sub>1</sub>-Т<sub>2</sub>

01.40. Ассоциативные волокна связывают

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

02.1. Передача нервного импульса происходит

- а) в синапсах
- б) в митохондриях
- в) в лизосомах
- г) в цитоплазме
- д) в аксонах

02.2. Спинной мозг новорожденного оканчивается на уровне нижнего края позвонка

- а) XII грудного
- б) I поясничного
- в) II поясничного
- г) III поясничного
- д) IV поясничного

02.3. Наиболее выражен ладонно-ротовой рефлекс у детей в возрасте

- а) до 2 месяцев
- б) до 3 месяцев

- в) до 4 месяцев
- г) до 1 года
- д) до полутора лет

02.4. Хватательный рефлекс физиологичен у детей в возрасте

- а) до 1-2 месяцев
- б) до 3-4 месяцев
- в) до 5-6 месяцев
- г) до 7-8 месяцев
- д) до года

02.5. Рецидивирующий гнойный менингит чаще наблюдается у детей

- а) при стафилококковой инфекции
- б) школьного возраста
- в) при иммунодефиците
- г) с ликвореей
- д) с аллергией

02.6. Контактные абсцессы отогенного происхождения у детей обычно локализуются

- а) в стволе мозга
- б) в затылочной доле
- в) в лобной доле
- г) в височной доле
- д) теменной доле

02.7. Индометацин не рекомендуется назначать детям

- а) до 5 лет
- б) до 7 лет
- в) до 10 лет
- г) до 12 лет
- д) до 15 лет

02.8. При невральной амиотрофии Шарко - Мари у детей возникают

- а) только вялые парезы ног
- б) только вялые парезы рук
- в) вялые парезы рук и ног
- г) только парезы мышц туловища
- д) парез мышц рук, ног и туловища

02.9. Продолжительность диетолечения больного с фенилкетонурией составляет

- а) от 2 до 6 месяцев
- б) от 2 месяцев до 1 года
- в) от 2 месяцев до 3 лет
- г) от 2 месяцев до 5-6 лет
- д) всю жизнь

02.10. Сочетание грубой задержки психомоторного развития с гиперкинезами, судорожным синдромом и атрофией зрительных нервов у детей до 2 лет характерно

- а) для болезни с нарушением аминокислотного обмена
- б) для болезни углеводного обмена
- в) для мукополисахаридоза
- г) для липидозов
- д) для лейкодистрофии

02.11. Синдром Марфана характеризуется

- а) арахнодактилией
- б) пороками сердца
- в) подвывихами хрусталика
- г) всеми перечисленными симптомами
- д) ничем из перечисленного

02.12. Появление одышки у детей при приеме диакарба свидетельствует

- а) о метаболическом алкалозе



- б) о метаболическом ацидозе
- в) о нарушении церебральной гемодинамики
- г) об обезвоживании
- д) о поражении дыхательного центра

02.13. Клинические проявления травматического субарахноидального кровоизлияния обычно развиваются у детей

- а) подостро
- б) после «светлого» промежутка
- в) волнообразно
- г) остро
- д) начальный период асимптомен

02.14. Противопоказанием к санаторно-курортному лечению детей после травмы спинного мозга являются

- а) парезы и параличи
- б) чувствительные нарушения
- в) нарушения мочеиспускания и пролежни
- г) деформация позвоночника
- д) мышечные спазмы

02.15. Повторные субарахноидальные кровоизлияния у детей возникают

- а) при мальформации
- б) при ревматическом пороке сердца
- в) при ликворной гипертензии
- г) при опухоли глубоинной локализации
- д) при артериальной гипотензии

03.1. 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

03.2. Характерными для больных невралгией тройничного нерва являются жалобы

- а) на постоянные ноющие боли, захватывающие половину лица
- б) на короткие пароксизмы интенсивной боли, провоцирующиеся легким прикосновением к лицу
- в) на приступы нарастающей по интенсивности боли в области глаза, челюсти, зубов, сопровождающиеся усиленным слезо- и слюноотечением
- г) на длительные боли в области орбиты, угла глаза, сопровождающиеся нарушением остроты зрения
- д) на боли в одной половине лица, сопровождающиеся головнокружением

03.3. В случае отсутствия блока субарахноидального пространства при пробе Квеккенштедта давление спинномозговой жидкости повышается

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

03.4. 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

03.5. 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

03.6. Для болезни Реклингхаузена характерно появление на коже

- а) папулезной сыпи
- б) телеангиэктазий
- в) «кофейных» пятен
- г) витилиго
- д) розеолезной сыпи

03.7. Односторонний пульсирующий экзофтальм является признаком

- а) ретробульбарной опухоли орбиты
- б) тромбоза глазничной артерии
- в) каротидно-кавернозного соустья
- г) супраселлярной опухоли гипофиза
- д) арахноидэндотелиомы крыла основной кости

03.8. 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

03.9. Для выявления амнестической афазии следует

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

03.10. 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

03.11. Для выявления асинергии с помощью пробы Бабинского следует предложить больному

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

03.12. 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

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

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

03.14. Интенционное дрожание и промахивание при выполнении пальценосовой пробы характерно

- а) для статико-локомоторной атаксии

- б) для динамической атаксии
- в) для лобной атаксии
- г) для сенситивной атаксии
- д) для всех форм атаксии

03.15. Для выявления сенситивной динамической атаксии следует попросить больного

- а) осуществить фланговую походку
- б) стать в позу Ромберга с закрытыми глазами
- в) стоя, отклониться назад
- г) пройти с закрытыми глазами
- д) сесть из положения лежа на спине со скрещенными на груди руками

03.16. 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 мостомозжечкового угла
- г) всех перечисленных новообразований
- д) менингиомы

03.17. Приступы побледнения кожи кончиков пальцев с последующим цианозом характерны

- а) для полиневропатии Гийена – Барре
- б) для болезни (синдрома) Рейно
- в) для синдрома Толоза – Ханта
- г) для гранулематоза Вегенера
- д) спинной сухотки

03.18. 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

03.19. 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

03.20. 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

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

- а) место прикосновения при нанесении раздражения на различные участки тела
- б) рисуемые на коже цифры, буквы, простые фигуры
- в) два одновременно наносимых раздражения на близко расположенных участках поверхности тела
- г) на ощупь знакомые предметы
- д) температуру предметов

03.22. 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

03.23. Дугообразная деструкция пирамиды височной кости и сопутствующие штриховые дугообразные петрификаты являются характерным рентгенологическим признаком

- а) невриномы слухового нерва
- б) холестеатомы мостомозжечкового угла**
- в) невриномы тройничного нерва
- г) опухолемоы тройничного (гассерова) узла
- д) всех перечисленных объемных образований

03.24. Координаторная синкинезия при произвольных движениях здоровых мышц характеризуется появлением в паретичных мышцах

- а) физиологически адекватных движений
- б) хореоатетоидных гиперкинезов
- в) мышечной ригидности
- г) произвольных сокращений с физиологически неадекватным движением**
- д) фибриллярных подергиваний

03.25. 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

03.26. Основным патологическим рефлексом сгибательного типа является рефлекс

- а) Баби некого
- б) Оппенгейма
- в) Россолимо**
- г) Гордона
- д) Чеддока

03.27. Диагностические возможности компьютерной томографии головы определяются тем, что при этом методе рентгенологического исследования

- а) четко выявляются различия между костной тканью черепа и мозга
- б) визуализируются сосуды мозга
- в) можно сравнить показатели поглощения рентгеновских лучей разными структурами мозга**
- г) легко определяются петрификаты в ткани мозга д) визуализируются оболочки мозга

04.1. 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

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

- а) адреналина
- б) норадреналина
- в) мезатона
- г) дофамина**
- д) сульфокамфокаин

04.3. Наиболее эффективными корректорами гиперметаболизма при тяжелой черепно-мозговой травме являются

- а) ингибиторы МАО
- б) трициклические антидепрессанты
- в) нейролептики
- г) барбитураты**
- д) все перечисленные препараты

- 04.4. Чтобы купировать психомоторное возбуждение при тяжелой черепно-мозговой травме, применяют
- а) диазепам
  - б) аминазин
  - в) пропазин
  - г) гексенал
  - д) любой из перечисленных препаратов**
- 04.5. Из перечисленных антибиотиков наибольшей способностью проникать через ГЭБ обладает
- а) цефалексин
  - б) клиндамицин
  - в) рифампицин
  - г) цефтриаксон**
  - д) эритромицин
- 04.6. Для лечения гиперосмолярного синдрома при тяжелой черепно-мозговой травме не следует применять
- а) маннитол**
  - б) реополиглюкин
  - в) полиглюкин
  - г) альбумин
  - д) 5% раствор глюкозы
- 04.7. 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
- 04.8. Для коррекции дефицита дофаминергической активности при выходе из острейшего периода тяжелой черепно-мозговой травмы (апалический или акинето-ригидный синдром) назначают
- а) циклодол
  - б) пирацетам
  - в) энцефабол
  - г) галоперидол
  - д) наком**
- 04.9. К «дневным» транквилизаторам относится
- а) мидазолам (флормидал)
  - б) нитразепам (эуноктин)
  - в) диазепам (реланиум)
  - г) тофизепам (грандаксин)**
  - д) лоразепам (мерлит)
- 04.10. 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
- 04.11. При аллергии к пенициллину не следует назначать
- а) гентамицин
  - б) ампиокс**
  - в) биомицин
  - г) левомицетин
  - д) морфоциклин
- 04.12. При лечении тяжелой черепно-мозговой травмы в остром периоде для коррекции метаболического ацидоза показана внутривенная инфузия
- а) 5% раствора глюкозы
  - б) 4% раствора бикарбоната натрия**
  - в) раствора поляризующей смеси

- г) реополиглокина
- д) полиглокина

04.13. При комбинированной черепно-мозговой травме для лечения артериальной гипотензии в результате кровопотери предпочтение отдается назначению

- а) кардиотонических средств
- б) симпатомиметиков
- в) низкомолекулярных декстранов
- г) осмотических диуретиков
- д) глюкокортикоидов

04.14. 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

04.15. Медикаментозную полиневропатию могут вызывать

- а) цитостатики
- б) туберкулостатические препараты
- в) нитрофураны (фуразолидон, фурадонин)
- г) противомаларийные препараты
- д) препараты всех перечисленных групп

04.16. Медикаментозный миопатический синдром не вызывают

- а) кортикостероиды
- б) хлорохин
- в) аминогликозиды
- г) антихолинэстеразные препараты
- д) все перечисленные препараты

04.17. Психопатологические побочные эффекты могут вызывать

- а) кортикостероиды
- б) противосудорожные препараты
- в) противопаркинсонические препараты
- г) центральные антигипертензивные препараты
- д) все перечисленные препараты

04.18. К ингибиторам МАО относятся

- а) нуредаль, беллазон
- б) аминазин, тизерцин
- в) седуксен, радедорм
- г) амитриптилин, триптизол
- д) L-допа, наком

04.19. К нейролептикам бутирофенонового ряда относятся

- а) аминазин, тизерцин
- б) трифтазин, френолон
- в) меллерил, сонопакс
- г) галоперидол, дроперидол
- д) лепонекс, сульпирид

04.20. Нейролептическое действие аминазина обусловлено блокадой рецепторов

- а) адреналина
- б) норадреналина
- в) дофамина
- г) ацетилхолина
- д) серотонина

04.21. Нейролептики могут вызывать следующие экстрапирамидные нарушения

- а) акинезию и ригидность
- б) хорею атетоз

- в) оростадибулярную дискинезию
- г) атетоз
- д) верно все перечисленное**

04.22. 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

04.23. К антидепрессантам седативного действия относятся

- а) мелипрамин
- б) пиразидол
- в) индопан
- г) amitриптилин**
- д) все перечисленные препараты

04.24. Холинергический криз снимается введением

- а) ганглиоблокирующих средств
- б) мышечных релаксантов
- в) атропина**
- г) адреналина
- д) норадреналина

04.25. 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

04.26. 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

04.27. К  $\alpha$ -адреноблокаторам относится

- а) анаприлин
- б) обзидан
- в) индерал
- г) тразикор
- д) фентоламин**

05.1. В основу классификации полиневропатий положен следующий принцип

- а) этиология заболевания**
- б) особенность течения заболевания
- в) особенность клинической картины
- г) морфологический субстрат поражения
- д) морфологический субстрат поражения и клиническая картина

05.2. Фактором, определяющим поражение нервов при дифтерийной полиневропатии, является

- а) инфекционный
- б) токсический**
- в) сосудистый
- г) метаболический
- д) компрессионный

05.3. Для дифтерийной полиневропатии характерно наличие

- а) нижнего спастического парализа
- б) мозжечковой атаксии
- в) диссоциированных расстройств чувствительности
- г) расстройств глубокой чувствительности
- д) псевдобульбарного синдрома

05.4. Для мышьяковой полиневропатии характерно наличие

- а) преимущественных поражений нервов рук
- б) багрово-синюшных полос на голени
- в) белых полос на ногтях
- г) бульварного синдрома
- д) тазовых расстройств

05.5. Сопутствующим симптомом полиневропатии при пернициозной анемии является

- а) снижение сывороточного железа в крови
- б) фуникулярный миелоз
- в) гиперацидный гастрит
- г) гиперальбуминемия
- д) бульварный синдром

05.6. Для уремической полиневропатии характерно

- а) снижение скорости проведения возбуждения по нервам
- б) поражение черепных нервов
- в) преобладание аксональной дегенерации
- г) отсутствие нарушений чувствительности
- д) мозжечковая атаксия

05.7. Отличительными признаками острой перемежающейся порфирии являются

- а) выраженность сенсорной атаксии
- б) выраженность болевого синдрома
- в) тяжесть вялых параличей конечностей
- г) черный цвет кала
- д) красный цвет мочи

05.8. 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

05.9. 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

05.10. Инфекционный полиневрит вызывают возбудители:

- а) дифтерии
- б) ботулизма
- в) проказы
- г) столбняка
- д) бешенства

05.11. Для полиневропатии Гийена - Барре характерно

- а) поражение черепных нервов
- б) выраженные тазовые расстройства
- в) стойкая двусторонняя пирамидная симптоматика
- г) отсутствие повышения белка в ликворе
- д) выраженный менингеальный синдром



- 05.12. Для полиневропатии 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
- 05.13. Атипичная форма 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
- 05.14. Для полиневропатий при узелковом периаартериите характерно
- а) асимметричность поражения нервных стволов
  - б) малая выраженность болевого синдрома
  - в) поражение черепных нервов
  - г) сенситивная атаксия
  - д) поражение зрительных нервов
- 05.15. Кдемиелинизирующим относится полиневропатия
- а) Гийена - Барре
  - б) диабетическая
  - в) порфирийная
  - г) гипотиреоидная
  - д) алкогольная
- 05.16. Для невропатии тройничного нерва характерны
- а) снижение корнеального рефлекса
  - б) нарушение вкуса на задней трети языка
  - в) гипалгезия во внутренней зоне Зельдера
  - г) гипертрофия жевательной мускулатуры
  - д) все перечисленное
- 05.17. При кохлеарном неврите наблюдается
- а) гиперacusия
  - б) изолированное снижение костной проводимости
  - в) изолированное снижение воздушной проводимости
  - г) сочетанное снижение костной и воздушной проводимости
  - д) снижение костной и повышение воздушной проводимости
- 05.18. При поражении языкоглоточного нерва наблюдается
- а) нарушение вкуса на задней 1/3 языка
  - б) парез гортани
  - в) парез мягкого неба
  - г) атрофия языка
  - д) oro-фациальная дистония
- 05.19. Для невропатии добавочного нерва характерно
- а) опущение лопатки
  - б) атрофия дельтовидной мышцы
  - в) затруднение глотания
  - г) слабость I и II пальцев кисти
  - д) атрофия гипотенара
- 05.20 Поражение ядра подъязычного нерва от надъядерного поражения отличается наличием
- а) дизартрии
  - б) ограничения подвижности языка
  - в) фибрилляций
  - г) сопутствующего поражения блуждающего нерва
  - д) гиперсаливации

05.21. 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

05.22. Для невропатии подкрыльцового нерва характерно

- а) затруднения сгибания руки в локтевом суставе
- б) болезненность руки при отведении ее за спину
- в) слабость и атрофия дельтовидной мышцы
- г) слабость и атрофия трапецевидной мышцы
- д) парез грудинно-ключично-сосцевидной мышцы

05.23. Признаками невропатии срединного нерва являются

- а) слабость IV и V пальцев кисти
- б) снижение чувствительности на ладонной поверхности IV, V пальцев
- в) слабость I, II пальцев кисти
- г) болезненность руки при отведении ее за спину
- д) слабость и атрофия дельтовидной мышцы

05.24. 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

05.25. При невропатии локтевого нерва наблюдается

- а) «свисающая кисть»
- б) нарушение чувствительности в области I, II пальцев кисти
- в) невозможность приведения IV, V пальцев
- г) ангидроз кожи ладони
- д) боль в области II и III пальцев

05.26. При невропатии 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

05.27. Клиническими признаками невропатии 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

06.1. Острый некротический энцефалит вызывают вирусы

- а) Коксаки
- б) простого герпеса
- в) кори
- г) паротита
- д) аденовирусы

06.2. Лечение паротитного менингита включает все перечисленное, кроме

- а) кортикостероидов
- б) дезоксирибонуклеазы
- в) трипсина
- г) аскорбиновой кислоты
- д) глицерина

06.3. Развитие синдрома Уотерхауса-Фридериксена (острой надпочечниковой недостаточности) характерно для тяжелого течения

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

06.4. К редким синдромам энцефалита Экономо относят

- а) глазоводяательные расстройства
- б) патологические стопные знаки
- в) нарушения сна
- г) вегетативные расстройства
- д) поражение лицевых нервов

06.5. 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

06.6. При вирусном двухволновом менингоэнцефалите обычно не бывает

- а) лихорадки
- б) атрофических спинальных параличей
- в) плеоцитоза в ликворе
- г) радикулоневрита

06.7. Общесоматические проявления СПИДа включают

- а) длительную лихорадку и ночной пот
- б) диарею
- в) генерализованную лимфаденопатию
- г) потерю массы тела
- д) все перечисленное

06.8. 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

06.9. 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

06.10. Для этиотропной терапии герпетического энцефалита применяется

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

06.11. Решающее значение в диагностике менингита имеет

- а) острое начало заболевания с повышением температуры
- б) острое начало заболевания с менингеальным синдромом
- в) изменения спинномозговой жидкости
- г) признаки застоя на глазном дне

д) очаговая неврологическая симптоматика

06.12. Серозный менингит может быть вызван следующими бактериями

- а) гемофильной палочкой Афанасьева - Пфейффера (инфлюэнц-менингит)
- б) пневмококком
- в) микобактерией туберкулеза
- г) стафилококком
- д) кишечной палочкой

06.13. Наиболее эффективным антибиотиком (из перечисленных) при лечении гнойного менингита, вызванного стафилококком, является

- а) бензилпенициллин
- б) клиндамицин
- в) эритромицин
- г) цефтриаксон
- д) ампициллин

06.14. Клиническую картину острого лимфоцитарного хориоменингита Армстронга отличает значительная выраженность

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

06.15. При менингитах, вызванных вирусами Коксаки и ЕСНО наблюдается

- а) подострое начало без лихорадки
- б) полимиалгия
- в) нейтрофильный плеоцитоз
- г) тяжелое течение и грубые резидуальные симптомы
- д) верно все перечисленное

06.16. 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

06.17. Для лечения менингита, вызванного палочкой Фридендера следует выбрать

- а) цефалексин
- б) клиндамицин
- в) эритромицин
- г) цефтриаксон
- д) линкомицин

06.18. Для лечения пневмококкового менингита следует выбрать

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

06.19. Субарахноидальное кровоизлияние как осложнение основного заболевания встречается при менингите, вызванном

- а) пневмококком
- б) вирусом паротита
- в) клебсиеллой
- г) палочкой Афанасьева-Пфейффера
- д) стрептококком

06.20. Абсцессы мозга как осложнение основного заболевания чаще встречаются при менингите, вызванном

- а) палочкой Афанасьева – Пфейффера
- б) стафилококком**
- в) пневмококком
- г) лептоспирами
- д) аденовирусами

06.21. К редким возбудителям серозного менингита относится

- а) вирус лимфоцитарного хореоменингита
- б) микобактерия туберкулеза
- в) парагриппозный вирус**
- г) вирус эпидемического паротита
- д) энтеровирусы (Коксаки и ЕСНО)

06.22. Гнойный менингит не вызывают

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

06.23. Для коррекции патологической мышечной спастичности при рассеянном склерозе целесообразно назначить

- а) аминалон
- б) фенибут
- в) пантогам
- г) тизанидин**
- д) мидокалм

06.24. Острый (первичный) рассеянный энцефаломиелит редко сопровождается развитием

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

06.25. 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

06.26. Абсцесс мозга является относительно редким осложнением менингита, вызванного

- а) пневмококком
- б) стафилококком
- в) палочкой Афанасьева – Пфейффера
- г) менингококком**
- д) стрептококком

06.27. Высокая контагиозность характерна для менингита, вызванного

- а) синегнойной палочкой
- б) стафилококками
- в) вирусом простого герпеса
- г) вирусами Коксаки и ЕСНО**
- д) пневмококком

07.1. 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

07.2. Закупорку экстракраниального отдела позвоночной артерии от закупорки интракраниального отдела отличает наличие

- а) классических альтернирующих синдромов
- б) глазодвигательных расстройств
- в) двигательных и чувствительных нарушений
- г) «пятнистости» поражения ствола по длиннику
- д) вестибуломозжечковых нарушений

07.3. К симптомам, характерным для поражения левой передней мозговой артерии, относится

- а) симптомы орального автоматизма
- б) преобладание пареза в руке
- в) хватательный рефлекс
- г) апраксия левой руки
- д) все перечисленное

07.4. 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

07.5. Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие

- а) гомонимной гемианопсии
- б) битемпоральной гемианопсии
- в) биназальной гемианопсии
- г) концентрического сужения полей зрения
- д) отека дисков зрительных нервов

07.6. Синдром Захарченко - Валленберга (латеральный медуллярный синдром) возникает при закупорке

- а) коротких циркулярных артерий моста
- б) длинных циркулярных артерий моста
- в) парамедианных артерий моста
- г) нижней передней артерии мозжечка
- д) нижней задней артерии мозжечка

07.7. Симпатикотоническая форма вегетативно-сосудистой дистонии характеризуется

- а) дистальным акроцианозом
- б) потливостью
- в) тахикардией
- г) снижением температуры тела
- д) диареей

07.8. 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

07.9. Очаговые поражения головного мозга редко наблюдаются

- а) при узелковом периартериите Куссмауля - Мейера
- б) при неспецифическом аорто-артериите (болезни Такаясу)
- в) при височном артериите Хортон - Магата - Брауна
- г) при облитерирующем тромбангиите Винивартера-Бюргера
- д) при гранулематозном ангиите Вегенера

07.10. При шейном остеохондрозе чаще поражается артерия

- а) базилярная(основная)
- б) позвоночная
- в) внутренняя сонная

- г) наружная сонная
- д) затылочная

07.11. 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

07.12. Диагноз начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга устанавливают, если имеются

- а) церебральные жалобы, возникающие 1 раз в месяц на протяжении 1 года
- б) церебральные жалобы, возникающие чаще 1 раза в неделю на протяжении последних 3 месяцев
- в) нестойкая рассеянная церебральная микросимптоматика
- г) стойкая рассеянная церебральная микросимптоматика
- д) стойкая очаговая церебральная симптоматика

07.13. 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

07.14. Для декомпенсации начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга характерно

- а) появление рассеянной неврологической симптоматики
- б) увеличение частоты и продолжительности эпизодов субъективных церебральных симптомов
- в) появление очаговой неврологической симптоматики
- г) появление эпизодов в ночное время
- д) верно все перечисленное

07.15. Патогенетическим фактором головной боли при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения головного мозга может быть

- а) спазм артерий мозга
- б) гипотония и дилатация артерий мозга
- в) гипотония и дилатация вен мозга
- г) повышение напряжения мышц мягких покровов головы
- д) верно все перечисленное

07.16. 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 вертебробазиллярного бассейна
- д) верно все перечисленное

07.17. Больным с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга проводится терапия

- а) дегидратирующими средствами
- б) фибринолитическими средствами
- в) антифибринолитическими средствами
- г) вазоактивными средствами
- д) антикоагулянтными средствами

07.18. Для лечения тревоги у больных с начальными признаками недостаточности кровоснабжения мозга применяется

- а) нитразепам
- б) феназепам
- в) пимозид
- г) сиднокарб
- д) фенамин

07.19. 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

07.20. 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

07.21. Диагноз инсульта с обратимой неврологической симптоматикой устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу не позднее

- а) 1 недели
- б) 3 недель
- в) 1 месяца
- г) 3 месяцев
- д) 6 месяцев

07.22. Для точной диагностики патологической извитости позвоночных артерий следует применить

- а) реоэнцефалографию
- б) ультразвуковую доплерографию
- в) ангиографию
- г) компьютерную томографию
- д) магниторезонансную томографию

07.23. Для неврологических проявлений вертебробазилярной недостаточности характерно наличие

- а) апатико-абулического синдрома
- б) синдрома аутоагнозии
- в) синдрома сенсомоторной афазии
- г) вестибуло-мозжечкового синдрома
- д) верно все перечисленное

07.24. Для бульварного синдрома при хронической недостаточности мозгового кровообращения, в отличие от псевдобульбарного, характерно наличие

- а) дизартрии
- б) дисфонии
- в) дисфагии
- г) фибрилляции языка
- д) симптомов орального автоматизма

07.25. Псевдобульбарный синдром развивается при сочетанном поражении

- 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

07.26. 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

07.27. 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

08.1. Наиболее частой причиной ортостатической гипотензии является

- а) передозировка гипотензивных препаратов
- б) диабетическая полиневропатия
- в) идиопатическая ортостатическая гипотензия
- г) заболевания сердца
- д) заболевания крови

08.2. Поражение вегетативных волокон характерно для следующего варианта периферической невропатии

- а) миелинопатии
- б) нейронопатии
- в) аксонопатии
- г) Валлеровского перерождения
- д) аксонопатии и нейронопатии

08.3. Наиболее частой причиной вегетативных кризов являются

- а) тревожные невротические расстройства
- б) черепно-мозговая травма
- в) поражения гипоталамуса
- г) пролапс митрального клапана
- д) коллагенозы
- е) нейроинфекция

08.4. Периферическая вегетативная недостаточность наблюдается при следующих вариантах диабетических полиневропатий

- а) проксимальной симметричной полиневропатии
- б) проксимальной асимметричной полиневропатии
- в) дистальной полиневропатии
- г) множественной мононевропатии
- д) при всех вариантах

08.5. Для базисной терапии вегетативных кризов применяются следующие препараты

- а) б-блокаторы
- б) беллатаминал
- в) клоназепам
- г) нейролептики
- д) ноотропы

08.6. Наиболее частой причиной синдрома Горнера является

- а) поражение ствола мозга
- б) поражение спинного мозга
- в) поражение первого грудного корешка
- г) поражение шейной симпатической цепочки
- д) поражение симпатического сплетения внутренней сонной артерии
- е) травма глазного яблока

08.7. Вегетативные кризы часто сопровождаются следующими психопатологическими проявлениями

- а) тревогой ожидания
- б) агорафобией
- в) ограничительным поведением
- г) агорафобией и ограничительным поведением
- д) всеми перечисленными проявлениями

08.8. Для вегетативных кризов, в отличие от феохромоцитомы, менее характерны

- а) значительное повышение артериального давления
- б) повышенное потоотделение
- в) выраженное чувство страха
- г) сердцебиение

д) все перечисленное

08.9. Наличие функциональных неврологических (псевдоневрологических) симптомов наиболее характерно

- а) для гипервентиляционных приступов
- б) для вегетативных кризов
- в) для парциальных сложных припадков
- г) для демонстративных припадков
- д) для гипогликемических приступов
- е) для феохромоцитомы

08.10. Эффект антидепрессантов при вегетативных кризах обычно наступает

- а) немедленно
- б) через 3 дня
- в) через 1-2 недели
- г) через 2-3 недели
- д) через 1 месяц

08.11. Для синдрома рефлекторной симпатической дистрофии характерны

- а) снижение активности симпатической нервной системы
- б) снижение активности парасимпатической нервной системы
- в) диффузное повышение активности симпатической нервной системы
- г) регионарное повышение активности симпатической нервной системы
- д) повышение активности парасимпатической нервной системы

08.12. Для развернутой (дистрофической) стадии рефлекторной симпатической дистрофии характерны

- а) побледнение кожных покровов
- б) понижение температуры конечности
- в) гипергидроз
- г) отек конечности
- д) все перечисленное

08.13. Наиболее эффективным методом лечения рефлекторной симпатической дистрофии является

- а) применение адреноблокаторов
- б) кортикостероидная терапия
- в) блокада регионарных симпатических узлов
- г) применение капсаицина
- д) иглорефлексотерапия
- е) физиотерапия

08.14. Синдром периферической вегетативной недостаточности не характерен

- а) для диабетической полинейропатии
- б) для алкогольной полинейропатии
- в) для острой перемежающейся Порфирии
- г) для амилоидной полинейропатии
- д) для герпетической ганглиопатии
- е) для множественной системной атрофии

08.15. Тазовые расстройства не характерны

- а) для рассеянного склероза
- б) для оливопонтоцереbellлярной атрофии
- в) для болезни Паркинсона
- г) для бокового амиотрофического склероза
- д) для мультисистемной атрофии

08.16. Преобладающим типом нарушения мочеиспускания при периферической вегетативной недостаточности является

- а) нарушение накопления мочи
- б) нарушение опорожнения мочевого пузыря
- в) императивные позывы
- г) периодическое недержание
- д) все перечисленное

08.17. Вариантом рефлекторной симпатической дистрофии является

- а) синдром Персейдж-Тернера (невралгическая амиотрофия)
- б) синдром Стейнброекера (плечо - кисть)**
- в) синдром «замороженного плеча»
- г) задний шейный симпатический синдром
- д) все перечисленное

08.18. При невропатических болях стреляющего характера наиболее эффективны

- а) антидепрессанты
- б) антиконвульсанты**
- в) нестероидные противовоспалительные средства
- г) симпатолитики
- д) транквилизаторы

08.19. При невропатических болях жгучего характера наиболее эффективны

- а) антидепрессанты**
- б) антиконвульсанты
- в) нестероидные противовоспалительные средства
- г) симпатолитики
- д) транквилизаторы

08.20. Наиболее частой причиной гипоталамического синдрома в возрасте 10-25 лет являются

- а) невроты
- б) травмы
- в) опухоли**
- г) менингиты
- д) энцефалиты
- е) церебральные кровоизлияния

08.21. Наиболее частой причиной гипоталамического синдрома в возрасте 25-50 лет являются

- а) церебральные кровоизлияния
- б) травмы
- в) опухоли
- г) воспалительные заболевания ЦНС
- д) энцефалопатия Гайе - Вернике**

08.22. Наиболее частой причиной одностороннего феномена Рейно является

- а) синдром верхней апертуры грудной клетки**
- б) синдром запястного канала
- в) шейная радикулопатия
- г) спондилогенная цервикальная миелопатия
- д) синдром подключичного обкрадывания

08.23. Патогномичным признаком гипоталамического синдрома являются

- а) вегетативные кризы
- б) нарушения терморегуляции
- в) мотивационно-поведенческие расстройства
- г) нарушения активации на ЭЭГ
- д) полигландулярная недостаточность
- е) все перечисленное неверно**

08.24. Птоз при синдроме Горнера уменьшается

- а) при повторных движениях глаз
- б) при взгляде вверх**
- в) при закапывании в глаз атропина
- г) при закапывании в глаз мезатона
- д) при всем перечисленном

08.25. Причиной гиперпролактинемии (персистирующей галактореиаменореи) может явиться

- а) аденома гипофиза
- б) краниофарингиома
- в) инсульт
- г) дегенерация аркуатного дофаминергического пути
- д) нейролептическая терапия

е) все перечисленное

08.26. При сочетании двустороннего птоза со снижением болевой чувствительности и рефлексов на руках в первую очередь следует исключить

- а) полиневропатию
- б) внутричерепную опухоль
- в) миастению
- г) интрамедуллярную опухоль шейного отдела
- д) боковой амиотрофический склероз

08.27. Синдром Аргайла Робертсона наблюдается

- а) при рассеянном склерозе
- б) при синдроме Парино
- в) при нейросифилисе
- г) при сахарном диабете
- д) при алкоголизме
- е) при всем перечисленном

09.1. Согласно современной классификации черепно-мозговой травмы не выделяют

- а) ушиб головного мозга легкой степени тяжести
- б) сдавление головного мозга вследствие эпидуральной гематомы
- в) сотрясение головного мозга тяжелой степени
- г) сдавление головного мозга на фоне его ушиба
- д) сотрясение головного мозга

09.2. 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

09.3. 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

09.4. 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

09.5. 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

09.6. Характерные диагностические признаки субдуральной гематомы получают

- а) при компьютерной томографии
- б) при ангиографии
- в) при эхоэнцефалографии
- г) при магниторезонансной томографии
- д) при всем перечисленном

09.7. 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

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

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

09.9. Положительные диагностические признаки субарахноидального кровоизлияния могут быть получены

- а) при рентгенографии черепа
- б) при ангиографии
- в) при компьютерной томографии
- г) при транскраниальной доплеросонографии
- д) при эхоэнцефалографии

09.10. Острая субдуральная гематома на компьютерной томограмме характеризуется зоной

- а) гомогенного повышения плотности
- б) гомогенного понижения плотности
- в) неоднородного повышения плотности
- г) отека мозга
- д) множественными зонами пониженной плотности

09.11. Краниографические признаки острой травмы черепа характеризуются

- а) «пальцевыми вдавлениями»
- б) усиленным сосудистым рисунком
- в) увеличением глубины турецкого седла
- г) остеопорозом затылочной кости и затылочного полукольца
- д) ни одним из перечисленных признаков

09.12. 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

09.13. 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

09.14. Для диагностики посттравматической ринореи в отделяемом из носа необходимо исследовать

- а) белок
- б) цитоз
- в) сахар
- г) натрий
- д) хлориды

09.15. Нестабильность шейного отдела позвоночника после соче-танной краниовертебральной травмы можно выявить с помощью

- а) магнитно-резонансной томографии
- б) компьютерной томографии
- в) латеральной функциональной рентгенографии
- г) нисходящей контрастной миелографии

д) пневмоэнцефалографии

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

- а) головная боль, снижение памяти, дезориентированность
- б) головная боль, снижение зрения, атаксия
- в) нарушение походки, недержание мочи, деменция
- г) головокружение, астазия-абазия, сенсорная атаксия
- д) поражение черепных нервов, головная боль, лобная атаксия

09.17. Психозэмоциональные 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

09.18. 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

09.19. При хронических посттравматических абсцессах мозга корковоподкорковой локализации в клинической картине преобладает

- а) наличие внутричерепной гипертензии
- б) общемозговая симптоматика
- в) эпилептиформный симптомокомплекс
- г) менингеальный синдром
- д) в равной мере все перечисленное

09.20. 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

09.21. При коммоции нервного ствола проводимость по нерву полностью восстанавливается не позднее

- а) первых суток
- б) 3 дней
- в) 1 недели
- г) 2-х недель
- д) 3-х недель

09.22. Скорость регенерации поврежденного аксона при травматическом разрыве нерва составляет

- а) 0.1 мм в сутки
- б) 1 мм в сутки
- в) 10 мм в сутки
- г) 1 мм в 10 дней
- д) 1 мм в 30 дней

09.23. Наиболее ранним признаком регенерации аксона при травме периферического нерва является

- а) появление парестезии в зоне иннервации поврежденного нерва
- б) появление стойкого болевого синдрома в дистальных участках зоны, иннервируемой поврежденным нервом
- в) регресс трофических расстройств
- г) регресс болевого синдрома в дистальных отделах поврежденной конечности
- д) появление движений в паретичных мышцах

09.24. 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

10.1. 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

10.2. Ремиттирующее течение первичных опухолей спинного мозга определяется наиболее часто при их локализации в:

- а) поясничном отделе
- б) шейном отделе
- в) области конского хвоста
- г) грудном отделе
- д) шейном и грудном отделе

10.3. Ремиттирующее течение спинальных опухолей наиболее часто наблюдается

- а) при ангиоретикулемах
- б) при глиомах
- в) при менингиомах
- г) при невриномах
- д) при эпендимомах

10.4. Среди первичных опухолей спинного мозга наиболее редко встречаются

- а) глиомы
- б) гемангиомы
- в) невриномы
- г) менингиомы
- д) астроцитомы

10.5. 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

10.6. Спондилография наименее информативна, если опухоль спинного мозга локализуется

- а) интрамедуллярно
- б) субдурально
- в) эпидурально
- г) эпидурально-экстравертебрально
- д) субдурально и эпидурально

10.7. Экстрамедуллярные опухоли спинного мозга наиболее часто располагаются на его

- а) переднебоковой поверхности
- б) задней поверхности
- в) задней и заднебоковой поверхности
- г) передней поверхности
- д) боковой поверхности

10.8. Наиболее значительное повышение белка в ликворе наблюдается

- а) при интрамедуллярных опухолях шейного утолщения
- б) при экстрамедуллярных субдуральных опухолях грудного уровня
- в) при интрамедуллярных опухолях на уровне поясничного утолщения
- г) при опухолях конского хвоста

д) при экстрадуральных субдуральных опухолях на уровне поясничного утолщения

10.9. Опухолью передних отделов боковых желудочков наиболее часто является

- а) менингиома
- б) хориоидпапиллома
- в) эпендимома
- г) астроцитомы
- д) ганглиома

10.10. Наиболее часто встречаются невриномы нерва

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

10.11. Генерализованные эпилептиформные припадки чаще бывают при локализации опухоли в следующей доле мозга

- а) лобной
- б) височной
- в) теменной
- г) затылочной
- д) теменной и затылочной

10.12. Адверсивные судорожные приступы с насильственным поворотом головы в здоровую сторону чаще наступают при локализации опухоли в следующей доле мозга

- а) лобной
- б) теменной
- в) височной
- г) затылочной
- д) теменной и затылочной

10.13. Симптом корешковых болей положения наиболее характерен для:

- а) эпидуральных неврином
- б) субдуральных неврином
- в) эпидуральных менингиом
- г) субдуральных менингиом
- д) эпидуральных неврином и субдуральных менингиом

10.14. Эхо-энцефалоскопия наиболее информативна при локализации опухоли в:

- а) височной доле
- б) задней черепной ямке
- в) стволе мозга
- г) затылочной доле
- д) лобной доле

10.15. Наиболее высокий уровень накопления радиофармпрепарата при проведении г-сцинтиграфии характерен

- а) для менингиом
- б) для краниофарингиом
- в) для аденом гипофиза
- г) для неврином
- д) для астроцитом

10.16. Невринома VIII нерва отличается от других опухолей задней черепной ямки

- а) ранним развитием гипертензионно-гидроцефального синдрома
- б) ранним снижением зрения
- в) побледнением дисков зрительных нервов
- г) выраженной белково-клеточной диссоциацией
- д) усилением симптомов при перемене положения головы

10.17. 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

10.18. Для опухоли височной доли доминантного полушария характерна

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

10.19. Дифференциальным признаком опухоли верхней теменной доли является

- а) пирамидный гемипарез с преобладанием в руке
- б) контралатеральная гемигипалгезия
- в) контралатеральная болевая гемипарестезия
- г) контралатеральная гомонимная гемианопсия
- д) амнестическая афазия

10.20. Ранними симптомами опухоли лобно-мозолистой локализации являются

- а) двусторонний пирамидный парез в ногах
- б) нарушения координации
- в) астазия-абазия
- г) нарушения поведения
- д) битемпоральные дефекты поля зрения

10.21. Среди афатических нарушений при опухоли нижней теменной доли наступает

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

10.22. Экстраселлярный рост и признаки снижения функции гипофиза характерны для аденом гипофиза следующего гистологического типа

- а) эозинофильных
- б) базофильных
- в) хромофобных
- г) эозинфильных и базофильных
- д) базофильных и хромофобных

10.23. Для офтальмологической стадии супраселлярного роста аденомы гипофиза характерна гемианопсия:

- а) гомонимная
- б) биназальная
- в) битемпоральная
- г) квадрантная
- д) корковая

10.24. К развитию акромегалии приводят аденомы гипофиза

- а) эозинофильные
- б) базофильные
- в) хромофобные
- г) хромофобные и базофильные
- д) эозинофильные и хромофобные

10.25. Признаки акромегалии при аденоме гипофиза можно уменьшить назначением:

- а) бромида натрия
- б) бромкриптина
- в) бромкамфоры
- г) бромурала
- д) бромгексина

10.26. Среди опухолей области турецкого седла обызвествление чаще наблюдают в:

- а) аденоме гипофиза
- б) краниофарингиоме**
- в) арахноидэндотелиоме бугорка турецкого седла
- г) глиоме зрительного нерва
- д) менингиоме

10.27. Бурный асептический менингит наступает при прорыве и опорожнении кисты

- а) эозинофильной аденомы
- б) базофильной аденомы
- в) хромофобной аденомы
- г) краниофарингиомы**
- д) астроцитомы

10.28. Синдром Бурденко - Крамера (боль в лобно-глазничной области, светобоязнь и слезотечение) при опухолях задней черепной ямки обусловлен

- а) сдавлением структур передней черепной ямки при передне-заднем смещении мозга
- б) нарушением ликвороциркуляции при близости опухоли к средней линии
- в) общностью иннервации структур передней и задней черепной ямки**
- г) сдавлением ствола мозга
- д) сдавлением среднего мозга

10.29. Битемпоральная гемианопсия при опухолях задней черепной ямки обусловлена

- а) компрессией хиазмы при передне-задней дислокации мозга
- б) гидроцефалией III желудочка**
- в) нарушением кровообращения в хиазме
- г) сдавлением ствола мозга
- д) вклиниванием миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие

10.30. Вынужденное положение головы при субтенториальных опухолях реже наблюдается при опухоли

- а) мосто-мозжечкового угла**
- б) IV желудочка
- в) червя мозжечка
- г) полушарий мозжечка
- д) ствола мозга

11.1. Особенностью проявлений различных синдромов поражения 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

11.2. Ранними формами неврологических осложнений при заболевании печени являются

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

11.3. При вирусном гепатите наиболее часто наблюдается

- а) энцефалопатия**
- б) миелопатия
- в) полирадикулоневропатия
- г) множественная невропатия
- д) энцефаломиелополирадикулоневропатия

11.4. При хроническом гепатоцеребральном синдроме в результате цирроза печени наступает

- а) деменция**
- б) атаксия
- в) хореоатетоидный гиперкинез
- г) дизартрия

д) полиневропатия

11.5. 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

11.6. 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 паразез, радикулярный болевой синдром

11.7. 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

11.8. При хронических заболеваниях бронхов и легких неврологические осложнения обусловлены развитием

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

11.9. При пневмококковой пневмонии наиболее частым неврологическим осложнением является

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

11.10. При острой метаболической энцефалопатии может наблюдаться

- а) астериксис, хореоатетоз, тремор
- б) тремор, дистония, хореоатетоз
- в) миоклонический гиперкинез, тики, тремор
- г) астериксис, дистония, тикозный гиперкинез
- д) астериксис, тремор, миоклонии

11.11. При уремической энцефалопатии наиболее часто выявляют:

- а) тремор
- б) астериксис
- в) дизартрию
- г) мультифокальный миоклонус
- д) все перечисленное

11.12. При эритремии 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 кровоизлияния

11.13. Основными причинами, вызывающими поражение нервной системы при лейкозах, являются

- а) компрессия нервной ткани лейкоэмическими инфильтратами

- б) анемическая гипоксия
- в) дисциркуляторная гипоксия
- г) геморрагические экстравазаты
- д) все перечисленные

11.14. Фактором патогенеза поражения нервной системы при гипопаратиреозе является

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

11.15. Типичным неврологическим проявлением гипопаратиреоза является синдром

- а) тетании
- б) миастении
- в) миодистрофии
- г) полиневропатии
- д) миалгии

11.16. Развитие неврологических синдромов при панкреатитах в основном связано

- а) с нарушением эндокринных функций
- б) с нарушением экзокринных функций
- в) с алиментарным дефицитом
- г) с гиповолемией
- д) с гиперпротеинемией

11.17. При хронических панкреатитах наиболее часто наблюдается синдром

- а) энцефалопатии
- б) невротический
- в) психотический
- г) полинейропатии
- д) судорожный

11.18. Наиболее типичным неврологическим синдромом, осложняющим течение сахарного диабета, является

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

11.19. Наиболее частым неврологическим осложнением, развивающимся при синдроме Иценко-Кушинга (гиперкортицизме), является

- а) деменция
- б) полинейропатия
- в) судорожный синдром
- г) миодистрофия
- д) синдром внутричерепной гипертензии

11.20. Диабетическая полиневропатия развивается

- а) при неадекватной терапии сахарного диабета
- б) при большой длительности заболевания
- в) при высокой степени гипергликемии
- г) при наличии кетоацидоза
- д) при частом колебании уровня глюкозы в крови

11.21. 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

11.22. При сахарном диабете наиболее часто развивается невралгия следующих черепных нервов

- а) III, IV, VI, VII
- б) VII, XI, XII
- в) X, XI, XII
- г) IX, X
- д) IX, XII

11.23. По своему происхождению гипоксия при сердечной недостаточности является

- а) Дыхательной
- б) циркуляторной
- в) Гемической
- г) тканевой
- д) гипероксической

11.24. Наиболее частым соматическим осложнением хронического алкоголизма является

- а) гастрит
- б) язвенная болезнь желудка
- в) энтероколит
- г) гепатит
- д) цирроз печени

11.25. 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

11.26. Длительное злоупотребление продуктами индийской конопли (гашиш, марихуана, маконха, дага, анаша) приводит к:

- а) полинейропатии.
- б) тикам
- в) хореоатетозу
- г) деменции
- д) судорожным припадкам

11.27. Симптомокомплекс тревожного ожидания неудачи наиболее характерен для следующей формы невроза

- а) неврастении
- б) невроза навязчивых состояний
- в) истерии
- г) невротической депрессии
- д) невротической депрессии и истерии

11.28. Судорожные припадки наиболее часто наблюдаются при следующих формах неврозов

- а) неврастении
- б) неврозе навязчивых состояний
- в) невротической депрессии
- г) истерии
- д) неврастении и невротической депрессии

11.29. При лечении невроза с синдромом тревоги и депрессии следует выбрать антидепрессант с выраженным седативным действием

- а) amitriptyline
- б) nortriptyline
- в) nuredal
- г) inказан
- д) fluoxetine

(=#=#) КВАЛИФИКАЦИОННЫЙ ТЕСТ ПО НЕВРОЛОГИИ

(=#) Раздел 1. КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

01.1. - б  
01.2. - в  
01.3. - б  
01.4. - б  
01.5. - б  
01.6. - б  
01.7. - а  
01.8. - б  
01.9. - б  
01.10. - б  
01.11. - б  
01.12. - а  
01.13. - б  
01.14. - б  
01.15. - б  
01.16. - б  
01.17. - б  
01.18. - в  
01.19. - а  
01.20. - г  
01.21. - в  
01.22. - в  
01.23. - в  
01.24. - в  
01.25. - г  
01.26. - в  
01.27. - д  
01.28. - а  
01.29. - б  
01.30. - б  
01.31. - г  
01.32. - г  
01.33. - г  
01.34. - г  
01.35. - а  
01.36. - в  
01.37. - б  
01.38. - г  
01.39. - б  
01.40. - г

(=#) Раздел 2. КЛИНИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

02.1. - а  
02.2. - г  
02.3. - а  
02.4. - а  
02.5. - г  
02.6. - г  
02.7. - б  
02.8. - в  
02.9. - г  
02.10. - д  
02.11. - г  
02.12. - б  
02.13. - г  
02.14. - в  
02.15. - а

(=#) Раздел 3. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В НЕВРОЛОГИИ

03.1. - в  
03.2. - б  
03.3. - г  
03.4. - г  
03.5. - а  
03.6. - в  
03.7. - в  
03.8. - б  
03.9. - б  
03.10. - в  
03.11. - в  
03.12. - г  
03.13. - г  
03.14. - б  
03.15. - г  
03.16. - б  
03.17. - б  
03.18. - в  
03.19. - б  
03.20. - в  
03.21. - в

03.22. - а  
03.23. - б  
03.24. - г  
03.25. - г  
03.26. - в  
03.27. - в

(=#) Раздел 4. ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

04.1. - в  
04.2. - г  
04.3. - г  
04.4. - д  
04.5. - г  
04.6. - а  
04.7. - г  
04.8. - д  
04.9. - г  
04.10. - г  
04.11. - б  
04.12. - б  
04.13. - в  
04.14. - г  
04.15. - д  
04.16. - г  
04.17. - д  
04.18. - а  
04.19. - г  
04.20. - в  
04.21. - д  
04.22. - б  
04.23. - г  
04.24. - в  
04.25. - а  
04.26. - в  
04.27. - д

(=#) Раздел 5. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

05.1. - а  
05.2. - б  
05.3. - г  
05.4. - в  
05.5. - б  
05.6. - а  
05.7. - д  
05.8. - в  
05.9. - б  
05.10. - в  
05.11. - а  
05.12. - в  
05.13. - г  
05.14. - а  
05.15. - а  
05.16. - а  
05.17. - г  
05.18. - а  
05.19. - а  
05.20. - в  
05.21. - в  
05.22. - в  
05.23. - в  
05.24. - б  
05.25. - в  
05.26. - б  
05.27. - б

(=#) Раздел 6. ИНФЕКЦИОННЫЕ И ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

06.1. - б  
06.2. - б  
06.3. - г  
06.4. - б  
06.5. - г  
06.6. - б  
06.7. - г  
06.8. - а  
06.9. - г  
06.10. - в  
06.11. - в  
06.12. - в  
06.13. - г  
06.14. - в

06.15. - б  
06.16. - г  
06.17. - г  
06.18. - д  
06.19. - д  
06.20. - б  
06.21. - в  
06.22. - д  
06.23. - г  
06.24. - в  
06.25. - в  
06.26. - г  
06.27. - г

(=#) Раздел 7. СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

07.1. - в  
07.2. - г  
07.3. - д  
07.4. - а  
07.5. - а  
07.6. - д  
07.7. - в  
07.8. - г  
07.9. - в  
07.10. - б  
07.11. - г  
07.12. - б  
07.13. - д  
07.14. - б  
07.15. - д  
07.16. - г  
07.17. - г  
07.18. - б  
07.19. - а  
07.20. - д  
07.21. - б  
07.22. - в  
07.23. - г  
07.24. - г  
07.25. - д  
07.26. - б  
07.27. - в

(=#) Раздел 8. ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

08.1. - а  
08.2. - в  
08.3. - а  
08.4. - в  
08.5. - в  
08.6. - в  
08.7. - г  
08.8. - а  
08.9. - г  
08.10. - г  
08.11. - г  
08.12. - д  
08.13. - в  
08.14. - д  
08.15. - г  
08.16. - б  
08.17. - б  
08.18. - б  
08.19. - а  
08.20. - в  
08.21. - д  
08.22. - а  
08.23. - е  
08.24. - б  
08.25. - е  
08.26. - г  
08.27. - е

(=#) Раздел 9. ТРАВМЫ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

09.1. - в  
09.2. - а  
09.3. - б  
09.4. - б  
09.5. - а  
09.6. - г  
09.7. - б  
09.8. - б  
09.9. - в



09.10. - а  
09.11. - д  
09.12. - г  
09.13. - г  
09.14. - в  
09.15. - в  
09.16. - в  
09.17. - д  
09.18. - в  
09.19. - в  
09.20. - г  
09.21. - б  
09.22. - б  
09.23. - а  
09.24. - б

(=#) Раздел 10. ОПУХОЛИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

10.1. - д  
10.2. - а  
10.3. - б  
10.4. - б  
10.5. - а  
10.6. - а  
10.7. - в  
10.8. - г  
10.9. - в  
10.10. - в  
10.11. - б  
10.12. - а  
10.13. - б  
10.14. - а  
10.15. - а  
10.16. - г  
10.17. - г  
10.18. - б  
10.19. - в  
10.20. - г  
10.21. - в  
10.22. - в  
10.23. - в  
10.24. - а  
10.25. - б  
10.26. - б  
10.27. - г  
10.28. - в  
10.29. - б  
10.30. - а

(=#) Раздел 11. ПСИХОНЕВРОЛОГИЯ, СОМАТОНЕВРОЛОГИЯ

11.1. - г  
11.2. - в  
11.3. - а  
11.4. - а  
11.5. - в  
11.6. - а  
11.7. - б  
11.8. - д  
11.9. - г  
11.10. - д  
11.11. - д  
11.12. - б  
11.13. - д  
11.14. - б  
11.15. - а  
11.16. - б  
11.17. - б  
11.18. - в  
11.19. - г  
11.20. - б  
11.21. - г  
11.22. - а  
11.23. - б  
11.24. - а  
11.25. - г  
11.26. - г  
11.27. - б  
11.28. - г  
11.29. - а

## **2. ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ Неврология (практическая часть)**

### **Собеседование:**

1. Методика исследования гнозиса.
2. Методика исследования функции 12 черепного нерва.
3. Методика исследования праксиса.
4. Методика исследования поверхностной, глубокой и сложных видов чувствительности.
5. Методика исследования обонятельного анализатора.
6. Методика исследования функции экстрапирамидной системы.
7. Методика проведения люмбальной пункции. Показания и противопоказания.
8. Методика выявления очаговых симптомов поражения нервной системы у больных, находящихся в коматозном состоянии.
9. Методика исследования функции тройничного нерва (чувствительная и двигательная порции).
10. Методика исследования произвольных движений. Оценка степени пареза.
11. Методика исследования функции глазодвигательных нервов, зрачковых реакций.
12. Методика исследования мышечного тонуса, виды его нарушения.
13. Методика выявления и дифференцирования различных видов афазий.
14. Методика исследования менингеального симптомокомплекса.
15. Методика исследования функции лицевого нерва.
16. Методика исследования координации движений и равновесия.
17. Методика исследования зрительного анализатора.
18. Методика исследования вегетативных функций (дермографизм, проба Даньини-Ашнера, ортоклиностагическая проба).
19. Методика исследования функции бедренного нерва.
20. Методика исследования болевых точек (паравертебральные, Эрба, Вале, Гара) и симптомов натяжения.
21. Методика исследования функции срединного нерва.
22. Методика исследования функции лучевого нерва.
23. Методика составления генеалогической таблицы и определения типа наследования заболевания в семье.
24. Методика исследования патологических стопных рефлексов.
25. Принципы ухода за больными с тяжелой черепно-мозговой травмой.
26. Принципы ухода за больными, находящимися в коматозном состоянии.
27. Принципы ухода за больными с поражением спинного мозга.
28. Оценка состояния жизненно важных функций у больных с тяжелыми поражениями головного мозга.
29. Оценка состояния сознания.
30. Исследование функции 11 пары черепных нервов.

31. Оценить общемозговые симптомы (уровень контакта с пациентом, ориентировка в месте, времени, собственной личности)
32. Оценить мышечные атрофии, фибрилляции и фасцикуляции.
33. Выявить невральные, корешковые, сегментарные, спинальные, проводниковые (спинальные или церебральные) и корковые расстройства чувствительности
34. Выявлять альтернирующие синдромы, бульбарный и псевдобульбарный синдром.
35. Оценить высшие корковые функции (чтение, письмо, счет, память, внимание, интеллект) и их расстройства.
36. Методика исследования функции седалищного нерва.
37. Сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы
38. Уметь оценить показатели периферической крови, данные - биохимического исследования крови: содержание общего белка и его фракций; содержание ферментов (АСТ, АЛТ, КФК); содержание мочевины и креатинина; показатели активности воспалительного процесса; липидного спектра; показатели тромбоэластограммы и коагулограммы; электролитного и кислотно-основного баланса крови, гормонального статуса
39. Уметь оценить и знать практическую значимость анализа ликвора
40. Анализ данных компьютерной томографии головного и спинного мозга, магнитной томографии головного и спинного мозга.
41. Методика исследования симптомов орального автоматизма.
42. Методика исследования функции локтевого нерва.
43. Исследование функции 9 и 10 пары черепных нервов.
44. Исследование сухожильных рефлексов.
45. Исследование периостальных рефлексов.
46. Методика исследования полей зрения.
47. Методика исследования функции большеберцового нерва.
48. Методика исследования функции малоберцового нерва.
49. Исследование функции 8 пары черепных нервов.
50. Исследование поверхностных рефлексов.

### **Перечень вопросов для проведения теоретической части ГИА**

#### ***Общая неврология.***

1. Безусловные рефлексы и их изменения.
2. Кортико-спинальный путь: анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика.
3. Кортико-нуклеарный путь: анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика.
4. Периферический двигательный нейрон: анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика.

5. Анатомия и физиология проводников поверхностной чувствительности. Синдромы поражения.
6. Анатомия и физиология проводников глубокой чувствительности. Синдромы поражения.
7. Типы нарушения чувствительности (периферический, полиневритический, корешковый, сегментарный, проводниковый). Тотальное и диссоциированное расстройство чувствительности.
8. Синдром половинного поперечного поражения спинного мозга (синдром Броун-Секара). Симптомы поражения поперечника спинного мозга на различных уровнях.
9. Обонятельный нерв. Ход обонятельных проводников. Признаки поражения.
10. Зрительный анализатор. Анатомия, физиология. Признаки поражения на разных уровнях.
11. Глазодвигательный нерв. Анатомия, функция, симптомы поражения.
12. Блоковый и отводящий нервы. Анатомия, функция, симптомы поражения
13. Тройничный нерв. Анатомия, функция, симптомы поражения
14. Иннервация мимических мышц и симптомы ее нарушения.
15. Языкоглоточный нерв. Анатомия, физиология, симптомы поражения.
16. Блуждающий нерв. Анатомия, физиология, симптомы поражения.
17. Подъязычный и добавочный нервы. Анатомия, физиология, симптомы поражения.
18. Вкусовой анализатор. Анатомия, физиология, симптомы поражения.
19. Бульбарный и псевдобульбарный паралич.
20. Альтернирующие параличи. Их характеристика на отдельных примерах в зависимости от уровня поражения.
21. Мозжечок. Анатомия, физиология, симптомы .поражения.
22. Стриарная система. .Анатомия, физиология, симптомы поражения.
23. Паллидарная система. Анатомия, физиология, симптомы поражения.
24. Внутренняя капсула. Зрительный бугор. Их анатомия, физиология, симптомы поражения.
25. Речь и ее расстройства (афазия, дизартрия).
26. Агнозия. Апраксия. Их виды.
27. Вегетативная иннервация глаза, симптомы нарушения.
28. Синдромы поражения теменной доли головного мозга.
29. Синдром поражения лобной доли головного мозга.
30. Синдромы нарушения сознания. Дифференциальная диагностика комы, связанной с очаговым поражением головного мозга от комы, не связанной органическим поражением головного мозга.
31. Оценить общемозговые симптомы (уровень контакта с пациентом, ориентировка в месте, времени, собственной личности)
32. Оценить мышечные атрофии, фибрилляции и фасцикуляции.
33. Выявить невральные, корешковые, сегментарные, спинальные, проводниковые (спинальные или церебральные) и корковые расстройства чувствительности

34. Выявлять альтернирующие синдромы, бульбарный и псевдобульбарный синдром.
35. Оценить высшие корковые функции (чтение, письмо, счет, память, внимание, интеллект) и их расстройства.
36. Методика исследования функции седалищного нерва.
37. Сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы
38. Уметь оценить показатели периферической крови, данные - биохимического исследования крови: содержание общего белка и его фракций; содержание ферментов (АСТ, АЛТ, КФК); содержание мочевины и креатинина; показатели активности воспалительного процесса; липидного спектра; показатели тромбозластограммы и коагулограммы; электролитного и кислотно-основного баланса крови, гормонального статуса
39. Уметь оценить и знать практическую значимость анализа ликвора
40. Анализ данных компьютерной томографии головного и спинного мозга, магнитной томографии головного и спинного мозга.<sup>1</sup>
41. Запись, расшифровка и оценка ЭЭГ, данных ЭНМГ
42. Анализ данных УЗДГ исследования сосудов головного мозга (церебральных и прецеребральных артерий)
43. Анализ рентгенограмм органов грудной клетки, суставов и костей, краниография, спондилография.
44. Производить лекарственные пробы (прозерина проба)
45. Обосновывать и составлять план обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы.
46. Обосновывать и планировать объем инструментального обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
47. Направление пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
48. Установление диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)
49. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
50. Назначение физиотерапевтических методов, рефлексотерапии, лечебной физкультуры, массажа, мануальной терапии пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в соответствии с

действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

51. Профилактика или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания

52. Проведение мероприятий медицинской реабилитации пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов

53. Составление плана и проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

54. Направление пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов;

55. Оценка эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы;

56. Проведение профилактических мероприятий по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся осложнений (пролежни, тромбэмболические осложнения) у пациентов с ограниченными двигательными возможностями;

57. Оценка эмоциональных расстройств и их коррекция у пациентов с хроническими заболеваниями и (или) состояниями нервной системы;

58. Оценка интенсивности и характера болевого синдрома с использованием шкал оценки боли пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы;

59. Разработка индивидуального плана оказания паллиативной медицинской помощи пациентам с учетом тяжести состояния, прогноза заболевания, выраженности болевого синдрома, тягостных симптомов, социального положения, а также индивидуальных потребностей пациента;

60. Проведение комплексных мероприятий, направленных на избавление от боли и облегчение тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни пациента с заболеванием и (или) состоянием нервной системы.

### *Частная неврология.*

#### **1. Заболевания периферической нервной системы.**

1. Острая и хроническая боль. Нейрофизиологические и психологические аспекты боли. Социально- экономическое значение.
2. Полинейропатии. Особенности дифтерийной, диабетической, алкогольной, свинцовой полинейропатии.
3. Острая демиелинизирующая полирадикулонейропатия Гийена-Барре. Клиника. Лечение.
4. Нейропатия лицевого нерва. Этиопатогенез заболевания, клиника, лечение.
5. Невралгия тройничного нерва. Этиология, клиника, лечение (консервативное и хирургическое).
6. Пояснично-крестцовые радикулопатии (радикулит и радикулопатия). Этиология. Клиника. Дифференциальный диагноз с туберкулезным спондилитом. Лечение. Хирургическое лечение, показания к операции.
7. Лямбаго. Этиопатогенез заболевания, клиника, лечение.
8. Шейные радикулопатии (радикулит и радикулопатия). Этиология, клиника, лечение.
9. Клинические симптомы и лечение поражения плечевого сплетения (паралич Дюшена-Эрба и Дежерин-Клюмпке).
10. Туннельные нейропатии локтевого, лучевого, срединного и малоберцового нервов.

## **2. Сосудистые заболевания нервной системы.**

1. Классификация нарушений мозгового кровообращения.
2. Геморрагический церебральный инсульт. Факторы риска. Клиника, диагностика, неотложная терапия.
3. Ишемический церебральный инсульт. Этиопатогенез, клиника заболевания, неотложная терапия.
4. Субарахноидальное кровоизлияние. Этиология, лечение.
5. Преходящие нарушения мозгового кровообращения (гипертонический и гипотонический кризы). Этиопатогенез, клиника заболевания, неотложная терапия.
6. Спинальный инсульт. Патогенез, клиника, лечение.

## **3. Инфекционные и инфекционно-аллергические поражения нервной системы.**

1. Менингококковый менингит. Этиология, эпидемиология, клиника, лечение.
2. Вторичные гнойные менингиты. Этиология, клиника, лечение.
3. Острый серозный менингит. Этиология, клиника, лечение.
4. Туберкулезный менингит. Клиника, диагностика, лечение.
5. Неврологические осложнения коронавирусной инфекции Ковид-19.<sup>1</sup>
6. Клещевой энцефалит. Этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика.
7. Герпетический энцефалит. Этиопатогенез, клиника, лечение.
8. Эпидемический энцефалит. Этиопатогенез, клиника, лечение в острой и хронической стадии заболевания.

9. Эпидурит: Этиология, клиника, диагностика, лечение.
10. Миелит: Этиология, клиника, лечение.
11. Рассеянный склероз и рассеянный энцефаломиелит. Этиопатогенез, клинические варианты, лечение.
12. Полиомиелит. Этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика.
13. Малая хорья. Этиология, клиника, лечение.
14. Нейросифилис. Этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика.
15. Лейкоэнцефалиты. Антирецепторные энцефалиты. Этиопатогенез, клиника, лечение.<sup>1</sup>

#### **4. Травмы нервной системы.**

1. Ушиб головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
2. Сотрясение головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
3. Сдавление головного мозга посттравматической гематомой. Клиника, диагностика, лечение.
4. Травмы спинного мозга: сотрясение, ушиб, сдавление и разрыв. Диагностика и лечение.
5. Травматические поражения нервов верхних и нижних конечностей.

#### **6. Опухоли головного и спинного мозга.**

1. Классификация опухолей головного мозга.
2. Параклинические методы диагностики опухолей головного мозга.
3. Аденома гипофиза: клиника, диагностика, лечение.
4. Абсцесс головного мозга: этиология, клиника, диагностика, лечение.
5. Опухоли спинного мозга. Клинические проявления экстрамедуллярной опухоли, лечение.
6. Интрамедуллярные опухоли спинного мозга. Клиника, диагностика, особенности течения, лечение.
7. Невринома конского хвоста. Клиника. Лечение.

#### **6. Эпилепсия и судорожные состояния.**

1. Эпилепсия: этиология, патогенез, клиника, лечение.
2. Очаговая эпилепсия: этиология, патогенез, клиника, лечение.
3. Дифференциальная диагностика эпилептического припадка от обморока и истерического припадка.
4. Эпилептический статус. Клиника, неотложная помощь.

#### **8. Неврозы, заболевания вегетативной нервной системы.**

1. Неврастения. Клиника, лечение, профилактика.
2. Истерия: этиология, клиника, лечение, профилактика.



3. Невроз навязчивых состояний: этиология, клиника, лечение.
4. Вегетативная дистония: этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика.
5. Мигрень: генетические аспекты, клиника, лечение, диагностика.

### **9. Наследственные заболевания нервной системы.**

1. Болезнь Паркинсона: генетические аспекты, клиника, лечение.
2. Семейная атаксия Фридрейха: патогенез, клиника, лечение, профилактика.
3. Боковой амиотрофический склероз. Этиопатогенез, клиника, лечение.
4. Хорея Гентингтона: этиология, клиника, лечение, профилактика.
5. Прогрессирующая мышечная дистрофия (формы Эрба, Ландузи-Дежерина, Дюшена): этиология, клиника, лечение, профилактика.
6. Миастения. Этиопатогенез, генетические аспекты, клиника, лечение. Миастенический и холинергический кризы.
7. Невральная амиотрофия Шарко-Мари: клиника, диагностика, лечение, профилактика.
8. Сирингомиелия и сирингобульбия: генетические аспекты, клиника, лечение, профилактика.

### **3. Типовые ситуационные задачи, выносимые на III этап итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.42. Неврология.**

Задача № 1.

К врачу обратилась молодая девушка 20 лет с жалобами на нарастающую слабость в проксимальных отделах верхних конечностей в течение последних 6 месяцев. При осмотре: гипотрофия плечевого пояса и проксимальных отделов верхних конечностей, снижена скорость выполнения активных движений в проксимальных отделах рук, мышечная сила в них 4-х б., гипотония и гипорефлексия верхних конечностей. Крыловидные лопатки, губы «тапира», полированный лоб, «улыбка Джоконды». Бабушка пациентки страдала неизвестным наследственным заболеванием.

- 1) Поставьте предположительный диагноз и зашифруйте по МКБ-10
- 2) Какой тип наследования данного заболевания
- 3) Какие методы необходимо провести для верификации диагноза
- 4) Прогноз течения заболевания и лечение.
- 5) Реабилитация и диспансерное наблюдение у невролога.

## Задача №2.

Больная М., 18 лет обратилась к врачу с жалобами на слабость в ногах. Стало трудно подниматься по лестнице, вставать со стула, с пола. Из анамнеза выяснилось, что болезнь развивается медленно, постепенно без видимой причины. С 10-12 летнего возраста начала отставать от сверстников на уроках физкультуры, особенно при беге, с 14 лет бегать совсем не может. К 16 годам стало трудно подниматься по лестнице и по ступенькам в транспорте. Каких-либо инфекционных заболеваний или травм не было. При исследовании в клинике патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

В неврологическом статусе: общемозговых, менингеальных симптомов не отмечено. Имеется парез проксимальных отделов рук и ног. Атрофия мышц плечевого пояса с 2-х сторон, крыловидные лопатки». Тонус мышц рук понижен, сухожильные рефлексы сохранены. В ногах также отмечена гипотония мышц, гипотрофия, больше выраженная в проксимальных отделах. Сухожильные рефлексы: коленные – отсутствуют, ахилловы – снижены. Чувствительных нарушений не выявлено, координация не страдает. При вставании с пола нужен упор, «карабкается по себе». Тазовые функции не нарушены. Родители здоровы, старший брат больной также ходит с трудом из-за слабости ног.

Клинический анализ крови и мочи без патологии. Глазное дно: не изменено. Рентгенография легких: без особенностей. Прозериновый тест «отрицательный». ЭНМГ: снижение биопотенциалов в мышцах проксимальных отделов рук и ног и дистальных отделов ног. ЭЭГ без патологии.

## Вопросы

1. Топический диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Клинический диагноз, код по МКБ-10?
4. С какими болезнями надо проводить дифференциальный диагноз?
5. Основные принципы лечения.
6. Дайте прогноз жизни, трудовой деятельности.
7. По какому типу наследуется данное заболевание?
8. Будет ли болен ребенок у данной больной, если она захочет стать матерью?

## Задача № 3.

Больной 53 лет в находясь в деревне во время физической нагрузки внезапно почувствовал резкую слабость в ногах, жгучие боли в ногах, больше по внутренней поверхности, отмечает нарушение мочеиспускания. При осмотре: вялый асимметричный

нижний парапарез, гипестезия в области промежности и по внутренней поверхности бедер.

1. Топический диагноз?
2. Предварительный диагноз и зашифруйте по МКБ-10 ?
3. Обследование?
4. Тактика ведения больного?

Задача № 4.

Больной Р., 38 лет. По профессии - водитель автомобиля. В течение 5 лет периодически после физической нагрузки ощущал кратковременные боли в пояснице, которые проходили после отдыха и местноанестезирующих мазевых растираний. Накануне обращения поднял груз. Возникла резкая боль в пояснице с иррадиацией в правую ногу, не мог «разогнуться».

Неврологически: напряжение мышц поясничной области. Сколиоз. Движения в поясничном отделе позвоночника резко ограничены из-за боли. Болезненность при пальпации паравертебральных точек L4- L5- S1 справа. Ахиллов рефлекс справа снижен. Выявляется снижение болевой чувствительности по наружной поверхности правой голени. Положителен симптом Ласега справа под углом 30 градусов.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Назначьте план обследования.

Задача № 5.

Пациент 32 лет, обратился с жалобами на боли в поясничной области с иррадиацией в левую ногу. Боли возникли после подъема тяжелого груза. При осмотре: походка анталгическая, ограничение движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, болезненность при пальпации паравертебральных точек L5-S1 слева, положительный симптом Ласега 45 градусов слева, ахиллов рефлекс слева отсутствует, гипестезия по наружному краю голени слева.

1. Клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10?
2. Методы обследования данного больного?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Лечение?

#### Задача №6.

Пациент 45 лет, ювелир, после нескольких часов работы без перерыва возникла боль, распространяющаяся от шеи и лопатки по задненаружной поверхности правого плеча и дорсальной поверхности предплечья ко II и III пальцам. В анамнезе имели место боли в шейном отделе позвоночника, которые облегчались приемом НПВС. При вертеброневрологическом осмотре выявлено ограничение движений в шее, больше ограничен поворот и наклон головы вправо, гипестезия в области II-III пальцев правой кисти, снижение рефлекса с сухожилия трехглавой мышцы справа.

1. Клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 ?
2. Методы обследования данного больного?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Лечение?

#### Задача № 7.

Женщина 30 лет, обратилась к врачу с жалобами на приступообразные пульсирующие боли в правой половине головы, возникающие после переутомлений и эмоционального напряжения. Страдает головными болями с 13 лет. Подобными головными болями страдают мать и две родные тети. Боли иррадируют в правый глаз и верхнюю челюсть. На высоте головной боли, отмечается тошнота иногда рвота. Приступ длится несколько часов. Проходит после длительного сна или инъекций анальгетиков. Приступы повторяются - 1-2 раза в месяц. В неврологическом статусе очаговой неврологической патологии не выявлено.

1. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Предложите план обследования больной.
4. Назначьте лечение в период приступа головной боли.
5. Есть ли необходимость в проведении превентивной терапии? Ваши рекомендации по лечению в межприступный период.

#### Задача № 8.

Молодая женщина, 25 лет, вышла на работу через год после рождения ребенка, отдав его в ясли. Половину дня работает вне дома и частично берет работу на дом, занимается компьютерной графикой. В течение последних месяцев стала беспокоить периодическая головная боль, стягивающего характера, двухсторонняя, средней или легкой

интенсивности, за это время было около 10 таких эпизодов. Продолжается головная боль в течение целого дня, обычно не мешает выполнять домашнюю работу и не нарушает сон. За этот период времени характер головных болей никак не изменился, тошноты и рвоты не бывает. В неврологическом статусе очаговой неврологической патологии не выявлено, при пальпации перикраниальных мышц определяется умеренная болезненность.

1. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Предложите план обследования больной.
4. Назначьте лечение и предложите профилактические мероприятия.

#### Задача № 9.

Мужчина 38 лет обратился к врачу в связи с возникновением у него (второй раз в жизни) приступов головной боли, в области левого глаза, очень сильных, нестерпимых, сопровождающихся покраснением глаза, слезотечением, заложенностью левой половины носа, продолжительностью около 1 часа, возникают до 3-4 раз в день, а также каждую ночь, в одно и то же время. В первый раз подобные приступы (2 года назад) продолжались 2 недели, затем внезапно прекратились.

1. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Предложите план обследования больного.
4. Назначьте лечение.

#### Задача № 10.

Мужчина 60 лет обратился в поликлинику с жалобами на мелкоразмахистое дрожание правых конечностей в покое, общую скованность, замедленность движений, склонность к запорам, сухость и шелушение кожи. Из анамнеза известно, что около года назад исподволь появилось дрожание правой руки, затем через несколько месяцев заметил дрожание правой ноги. При осмотре врачом общего профиля было выявлено: гипомимия, гипокинезия, речь замедленная, монотонная, микрография, тонус мышц повышен по типу «зубчатого колеса», тремор правой кисти по типу «счета монет», уменьшающийся при целенаправленных движениях, отсутствие содружественного движения рук при ходьбе (ахейрокинез), поза полусогнутая с наклоном туловища вперед, шаркающая ходьба.

1. Поставьте топический диагноз , определите уровень поражения.

2. Ведущий неврологический синдром.
3. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
4. Предложите план обследования больного.
5. Назначьте лечение.

Задача № 11.

К врачу обратился мужчина 45 лет с жалобами на насильственные непроизвольные движения в конечностях, лице, туловище, ухудшение памяти, внимания, изменение походки. Данные жалобы беспокоят последние 7 месяцев, к врачам не обращался. В неврологическом статусе: хореический гиперкинез, сухожильные рефлексy оживлены D=S с верхних и нижних конечностей, патологических рефлексов нет, походка «танцующая», легкое снижение когнитивных функций. Отец имел подобные симптомы, умер от пневмонии в психиатрической клинике в 56 лет.

- 1) Поставьте предположительный диагноз и зашифруйте по МКБ-10
- 2) Какие методы для верификации диагноза необходимы
- 3) Прогноз течения заболевания и возможное лечение.

Задача № 12.

Мужчина 58 лет, работает инженером, диагностирована болезнь Паркинсона 5 лет назад, в течение этого времени принимал леводопу/карбидопу 250/25 мг 3 раза в сутки, на фоне данной терапии мужчина продолжал работать, вести активный образ жизни. 5 месяцев назад стал отмечать усиление скованности и замедленности движений в утренние часы, данные симптомы стали нарастать через 1-1,5 часа после приёма леводопы/карбидопы, которые проходили после приёма очередной дозы препарата, а также появились периоды непредсказуемых застываний, в результате которых было несколько эпизодов падений. Для сохранения активного состояния в рабочее время пациент самостоятельно постепенно нарастил частоту приёма леводопы до 6 таблеток в день одновременно увеличив утреннюю и дневную дозу леводопы до 2 таблеток на приём. В настоящее время у больного участились эпизоды застываний с болезненным спазмом мышц. После приёма очередной дозы леводопы через 30 минут появляются неконтролируемые движения в туловище и конечностях, сменяющиеся через 1,5 часа скованностью и замедленностью. Ввиду ухудшения состояния пациенту пришлось оставить работу, затруднено выполнение домашних дел, самообслуживание сохранено.

1. Ведущий неврологический синдром.
2. Сформулируйте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
3. Какие типы осложнений имеются у пациента?

4. Предложите варианты медикаментозной коррекции терапии.
5. Возможно ли у данного пациента хирургическое лечение?

#### Задача № 13.

Больной П., 32 лет обратился к неврологу с жалобами на слабость в правой стопе, затруднения при ходьбе из-за слабости. Из анамнеза известно, что заболел остро, вышеперечисленные жалобы появились утром после сна. Пациент работает плиточником, накануне вечером длительно работал в вынужденной позе (на корточках). При осмотре: ступня справа при ходьбе, ограничение тыльного сгибания правой стопы, невозможность становиться и ходить на пятках, снижение мышечной силы разгибателей правой стопы до 3 баллов, ахиллов и коленный рефлекс справа сохранены.

1. Поставьте топический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
2. Сформулируйте клинический диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить?
4. Предложите план лечения.

#### Задача № 14.

На приеме молодой человек лет с жалобами на слабость, чувство онемения в области IV и V пальцев правой кисти.

Из анамнеза: данные симптомы появились несколько дней назад, мальчик по долгу делает уроки и любит сидеть за письменным столом с опорой локтями о стол.

Объективно: Сила правой руки снижена, не может отвести 4-5 пальцы в сторону. Снижены трицепсальный и карпорадиальный рефлекс справа. Снижена чувствительность на тыльной поверхности большого пальца. Симптом «когтистой лапы».

1. Поставить клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 .
2. Обоснование клинического диагноза.
3. Назовите основные причины данного заболевания.
4. Тактика медикаментозного лечения больного с данным заболеванием.

#### Задача № 15.

Женщина 62 лет обратилась с жалобами на онемение стоп и слабость в ногах, ощущение покалывания, боль, жжение в стопах, которое усиливается в покое (ночью). При осмотре: сухость, шелушение кожи стоп. В неврологическом статусе: гипестезия по типу «носков», снижение ахиллова рефлекса и снижение вибрационной чувствительности на больших пальцах стоп. Пять лет назад у пациентки выявлен сахарный диабет II типа.

1. Клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10 ?
2. Методы обследования данной больной?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Лечение?

#### Задача № 16.

На приеме молодой человек 23 лет с жалобами на слабость и чувство онемения в правой кисти.

Из анамнеза: данные симптомы появились сегодня утром, любит спать на боку подложив кисть руки под щеку. Накануне принимал алкоголь.

Объективно: Сила правой руки снижена, не может разогнуть кисть и 2-5 пальцы, отвести большой палец. Снижены трицепитальный и карпорадиальный рефлекс справа. Снижена чувствительность на тыльной поверхности большого пальца. Симптом «свисающая кисть»

1. Поставить клинический диагноз .
2. Обоснование клинического диагноза.
3. Назовите причины неврита лучевого нерва.
4. Тактика медикаментозного лечения больного с данным заболеванием.
5. Какие физиотерапевтические процедуры необходимо назначить для лечения больного с данным заболеванием?

#### Задача № 17.

Больная Ж., 45 лет, заболела остро, 3 дня назад. После переохлаждения, ве-чером, почувствовала боли в заушной области. Утром развилась асимметрия лица.

Неврологически: лицо асимметрично. Слева не может наморщить лоб, нахмурить брови. Глазная щель справа полностью не смыкается. Положите-лен симптом Белла. Слезотечение из левого глаза. Грубая сглаженность ле-вой носогубной складки. Движения угла рта слева резко ограничены. Нарушений вкуса, гиперакузии нет.

1. Поставьте диагноз и зашифруйте по МКБ-10



2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Назначьте план лечения.

4. Назначьте план обследования.

Задача № 18.

Больная Т., 35 лет, жалуется на жгучие боли в правой половине лица, преимущественно в области верхней и нижней челюсти. Боли носят приступообразный характер длятся 1-3 сек. Приступы болей возникают при жевании, разговоре, умывании, прикосновении к лицу, чистке зубов. Впервые боли появились 3 месяца назад после перенесенного гриппа. В неврологическом статусе: болезненность в точках выхода II и III ветвей правого тройничного нерва. Курковая зона около крыла носа справа и на слизистой полости рта справа

1. Поставьте топический диагноз и зашифруйте по МКБ-10.

2. Сформулируйте клинический диагноз?

3. Предложите план обследования больной.

4. Определите план лечения.

Задача № 19.

Больной В., 72 лет, был обнаружен лежащим на скамье в сквере. Сознание не терял. При осмотре на месте врачом скорой помощи выявлено нарушение движений в правых конечностях и затруднение речи – произносил отдельные слова. Доставлен в приемное отделение.

При осмотре: сознание сохранено, но вял, апатичен. В речевой контакт не вступает. На обследование реагирует гримасой неудовольствия. Пульс аритмичный, 104 удара в минуту, тоны сердца глухие, АД 180/100 мм рт.ст. Пульсация магистральных сосудов шеи и головы удовлетворительная. Зрачки одинаковые. Правый угол рта опущен. Положителен хоботковый рефлекс. Левой рукой двигает активно, правая рука неподвижна. Правая стопа повернута кнаружи. Движения правой ноги ограничены. Сухожильные рефлексы справа снижены. Справа положителен рефлекс Бабинского. Менингеальных симптомов нет.

1. Поставьте топический зашифруйте по МКБ-10 и укажите неврологические синдромы.

2. Поставьте клинический диагноз

3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.

4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Укажите принципы терапии.

Задача № 20.

Больной Е., 52 лет, доставлен в приемное отделение машиной скорой помощи. 20 минут назад внезапно потерял сознание, упал на улице. Наблюдалась многократная рвота.

При осмотре: сознание утрачено, больной повышенного питания, лицо гиперемировано. Пульс ритмичный 64 удара в мин. Акцент второго тона на аорте, АД 200/120 мм рт.ст. Дыхание шумное, ритмичное 32 в мин. Зрачки расширены, левый больше правого, на свет не реагируют. Глаза повернуты влево. «Парусит» правая щека. На болевые раздражения больной не реагирует. Движения в правых конечностях отсутствуют, мышечный тонус в них снижен. Сухожильные рефлексы справа отсутствуют. Рефлекс Бабинского с обеих сторон, ярче справа.

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы .
2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Укажите принципы терапии.

Задача № 21.

Больной 60 лет, грузчик. При подъеме тяжести почувствовал сильную головную боль и шум в ушах, затем появилась рвота. Потерял сознание на несколько минут. Госпитализирован в клинику.

Объективно: Больной возбужден, дезориентирован в месте и времени, пытается встать, несмотря на запреты. Тоны сердца чистые, акцент 2-го тона на аорте. АД 180/110 мм рт.ст. Пульс 52 удара в минуту, ритмичный, напряженный. Парезов конечностей нет. Общая гиперестезия. Определяется ригидность мышц затылка 4 см и симптом Кернига с обеих сторон. Отмечалась рвота 2 раза.

Глазное дно: вены извиты и слегка расширены, артерии резко сужены, соски зрительных нервов отечны, границы их нечетки.

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы.

2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Укажите принципы терапии.

#### Задача № 22.

Больной 63 лет. Утром после сна, почувствовал головокружение и слабость левой руки и ноги. Слабость прогрессировала, и в течение трех часов 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.

Офтальмолог: 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%.

ЭЭГ: умеренно выраженные диффузные изменения биоритмов, больше в правом полушарии.

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

1. Поставьте топический диагноз и укажите неврологические синдромы.
2. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
3. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
4. Провести дифференциальный диагноз.
5. Укажите принципы терапии.

#### Задача № 23.

Больная 40 лет страдает гипертонической болезнью в течение нескольких лет. Внезапно, во время стирки белья, потеряла сознание и упала. Вызвана КСП.

В приемном отделении: Лицо гиперемировано. Дыхание учащенное, шумное. Зрачки расширены. Реакция зрачков на свет отсутствует. Маятникообразное, медленное движение глаз в горизонтальном направлении — «плавающие глаза». На уколы лица не реагирует. Корнеальный рефлекс слева отсутствует, справа — ослаблен, опущен левый угол рта. Симптом «паруса» левой щеки. Из правого угла рта выделяется пенная слюна. Руки приведены к туловищу, кисти согнуты и пронированы, пальцы собраны в кулаки. Ноги вытянуты, повышение мышечного тонуса в разгибателях. Периодически отмечаются приступы сильнейшего тонического спазма мышц, преимущественно в проксимальных отделах конечностей по 20-30с, затем тонус снижается. Это сопровождается общим беспокойством, учащением пульса и дыхания, иногда на высоте приступа наблюдаются круговые движения глазных яблок. Ригидности мышц затылка нет. На уколы туловища не реагирует. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, слева выше. Клонус левой стопы. Симптом Бабинского с обеих сторон.

Во время осмотра была рвота. Пульс 106, напряжен, ритмичный. В спинномозговой жидкости примесь крови. Тоны сердца приглушены. Акцент второго тона на аорте. АД— 230/120. Температура 37,5° Лейкоцитоз 8600\*10<sup>9</sup>. Дыхание Чейн-Стокса.

1. Поставьте клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Назначьте дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Укажите принципы терапии.

#### Задача № 24.

Студент колледжа почувствовал недомогание. Температура быстро достигла 39 °С, появилась тошнота, рвота, стал вялым, сонливым. Через несколько часов у юноши нарушилось сознание, после чего родители вызвали КСМП. При осмотре: АД 140/90 мм. рт.ст., пульс 98 уд/мин., мелкоочечную сыпь в области подколенных ямок, локтевых суставов, ягодиц. В неврологическом статусе: положительные симптомы Кернига, Брудзинского (верхний, средний и нижний), ригидность затылочных мышц. Была выполнена люмбальная пункция. В ликворе: давление 300 мм. водного ст., мутная, желтоватого цвета, нейтрофильный плеоцитоз- 1500 в 1 мм<sup>3</sup>, Гр-отриц диплококки.

- 1) Поставьте диагноз и зашифруйте по МКБ-10

- 2) Какие дополнительные методы обследования могут быть использованы для верификации диагноза?
- 3) Составьте план лечения
- 4) Форма курации больного после перенесенной инфекции, продолжительность и кратность наблюдения.
- 5) Противоэпидемические мероприятия в очаге

Задача № 25.

На приеме молодой человек 20 лет, с жалобами на боли, чувство ползания мурашек, покалывание и онемение в области поясницы и по задней поверхности обеих ног. Из анамнеза: 14 дней назад в парке укусил клещ, удалил его самостоятельно, к врачам не обращался.

Объективно: на осмотр реагирует адекватно, во времени и пространстве ориентирован. Глазные щели S=D, реакция на свет зрачков живая. Снижена сила мышц в дистальных отделах ног до 4-4,5 баллов. Гипотония мышц в дистальных отделах ног и снижение сухожильных рефлексов с ахиллова сухожилия S=D. Положительные симптомы Ласега и Вассермана. В нижних конечностях – расстройство чувствительности по полиневритическому типу.

1. Поставить клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10
2. Обоснование клинического диагноза.
3. Какие клинические анализы необходимо провести для подтверждения данного диагноза?
4. Принципы этиотропной терапии при клещевом энцефалите и прогноз в данном случае.
5. Основные средства специфической профилактики КВЭ.

Задача № 26.

Больной 32 лет, художник. Обратился к врачу с жалобами на онемение ладоней и стоп, ощущения ползания мурашек в них. Около месяца назад приехал домой после длительного пребывания за рубежом. Последнее время стал часто болеть инфекционными заболеваниями. Со слов больного перед приездом домой болел воспалением легких, но к врачам не обращался из-за тяжелой материальной ситуации во время проживания за границей. При осмотре: пониженного питания, на коже кистей, вокруг ногтей, на лице высыпания, похожие на проявления кандидоза. Хрипы в нижней доли легкого слева, при рентгенографии - проявления хронической нижнедолевой пневмонии. В неврологическом

статусе: больной заторможен, отмечается замедленность ответов и движений, быстрая утомляемость, снижение памяти. Общемозговых и менингеальных симптомов, парезов нет. Черепные нервы без патологии, двустороннее оживление сухожильных рефлексов без патологических стопных симптомов. Снижение болевой чувствительности в дистальных отделах конечностей с двух сторон. Умеренно выраженная атаксия при ходьбе. Координаторные пробы выполняет замедленно, с легким интенционным дрожанием и мимопопаданием с двух сторон. Императивные позывы на мочеиспускание, которые больной связывает с хроническим циститом. На МРТ - признаки наружной и внутренней гидроцефалии, множественные мелкие очаги повышенной плотности вокруг желудочков, умеренные признаки атрофии. В клиническом анализе крови отмечается анемия, лимфопения, повышение СОЭ. В иммунологическом анализе крови - снижение содержания всех Т-клеток, особенно CD4+-клеток (Т-хелперов/ индукторов)

1. Ваш первичный диагноз и зашифруйте по МКБ-10

2. Какие методы обследования нужны?

3. Ваша тактика лечения?

Задача № 27.

Мужчина 42 лет обратился к врачу с жалобами на головную боль, выраженную общую слабость, на повышение температуры тела до 38,5°C. Пациент рассказал, что в течение 2-х недель беспокоит головная боль, повышение температуры тела 37,5- 37,8°C, общая слабость, сонливо. Сегодня с утра появилось двоение в глазах. За последний год похудел на 4-кг, стал быстрее уставать, много спит, появился частый кашель. При осмотре врач выявил менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, Керниг, верхний Брудзинский), легкое расходящееся косоглазие и полуптоз справа. Пациент госпитализирован. Анализ ликвора: давление 300 мм водного столба, жидкость бесцветная, прозрачная, белок 1,5 г/л, цитоз 450 в 1 мм<sup>3</sup>, преобладают лимфоциты, сахар 0,6 ммоль/л., через 24 часа появилась фибриновая сеточка.

1) Поставьте топический диагноз?

2) Поставьте предварительный клинический диагноз и зашифруйте по МКБ-10

3) Предложите дополнительные методы обследования.

4) Составьте план лечения.

5) Противоэпидемические мероприятия при впервые выявленном случае туберкулеза

Задача № 28.

Больной Ш., 28 лет. Был избит. Кратковременно терял сознание. При поступлении в стационар больной в сознании, однако, вял, заторможен. Пульс 58 ударов в минуту. Отмечалась неоднократная рвота.

Неврологически: выявляется легкий левосторонний центральный гемипарез. На рентгенограммах черепа - трещина теменной кости справа. Через 4 часа после поступления состояние больного резко ухудшилось: впал в коматозное состояние, появилась анизокория (справа зрачок шире, чем слева), в левых конечностях двигательные нарушения выросли до плегии.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Определите тактику обследования.
3. Назначьте лечение.

#### Задача № 29.

Больной обратился в поликлинику с жалобами на головную боль, головокружение, тошноту, рвоту. Из анамнеза известно, что сутки назад он упал, ударившись головой о землю. Была кратковременная потеря сознания, обстоятельства травмы не помнит. При осмотре: больной бледен, АД 130/80, брадикардия до 62 ударов в минуту, очаговых неврологических симптомов нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и зашифруйте по МКБ-10 ? Что лежит в основе этой патологии?
2. Какие методы исследования необходимо выполнить дополнительно?
3. Чем обусловлено наличие у больного тошноты и рвоты?
4. Где должен лечиться такой больной?
5. Лечение.

#### Задача № 30.

Больной 18 лет. Родился в асфиксии. В семь лет перенес черепно-мозговую травму. В 12 лет ночью развилась серия приступов с кратковременным выключением сознания, судорожным сокращением мышц лица слева, клоническими сокращениями мышц левой руки. Подобные приступы стали повторяться, обычно после сна. При поступлении: состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст, пульс 80 уд. в мин. Неврологический статус: интеллект снижен, больной эйфоричен, расторможен, выявляются нистагмOID при взгляде в стороны, легкая асимметрия лица, сухожильные рефлексЫ равномерно оживлены, патологических стопных знаков нет, легкий тремор пальцев рук и век, в позе Ромберга больной пошатывается в стороны. При нейропсихологическом обследовании выявлены снижение концентрации внимания, трудность переключения при выполнении заданий, пересказе текстов, решении математических задач. На рентгенографии черепа отмечаются умеренно выраженные признаки ликворной гипертензии. На ЭЭГ: грубый фокус пароксизмальной активности в правых лобно-височных отведениях в виде комплексов спайк-волн-медленная волна. При гипервентиляции отмечается тенденция к генерализации спайк-волновой активности с сохранением выраженности фокуса пароксизмальной активности в правых лобно-височных отведениях.

1. Ваш первичный диагноз?
2. Какие методы обследования нужны?
3. Ваша тактика лечения?

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Свиридова Наталия Ивановна

09.09.24 14:25 (MSK)

Сертификат 0475ADC000A0B0E2824A08502DAA023B6C