

Федеральное государственное бюджетное образовательное
«Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт усовершенствования врачей



ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Кафедра неврологии

Специальность: 31.08.42 Неврология

Направленность (профиль) программы: Неврология

Уровень высшего образования подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения - очная

Рекомендовано

учебно-методическим советом

Протокол № 1

« 27 » февраля 2023 год

МОСКВА, 2023

Составители:

Богданов Р.Р., д.м.н., профессор кафедры, заведующий кафедрой неврологии
Сагильдина Ю.О., ассистент кафедры, заведующий учебной частью кафедры
неврологии

Рецензенты:

Трунова Е.В., к.м.н., доцент, доцент кафедры неврологии

Программа государственной итоговой аттестации оформлена и структурирована в соответствии с требованиями Приказа от 19 ноября 2013г. № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» и федерального государственного образовательного стандарта высшего образования уровень высшего образования подготовка кадров высшей квалификации специальность 31.08.42 Неврология, утв. приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 02.02.2022 № 103.

Рабочая программа дисциплины (модуля) рассмотрена на Учебно-методическом Совете Института и рекомендована к использованию в учебном процессе.

Согласовано с учебно-организационным отделом:

Начальник учебно-организационного отдела  О.Е. Коняева

Согласовано с библиотекой:

Заведующая библиотекой



Н.А. Михашина

Структура и содержание программы государственной итоговой аттестации

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

Цель государственной итоговой аттестации

Проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных в программе ординатуры по специальности 31.08.42 Неврология.

Задачи государственной итоговой аттестации

1. Оценка уровня сформированности универсальных и общепрофессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее – ФГОС ВО), а также профессиональных компетенций, установленных Институтом самостоятельно на основе требований профессионального стандарта Врач-невролог и требований к профессиональным компетенциям, предъявляемых к выпускникам на рынке труда, обобщения отечественного и зарубежного опыта, проведения консультаций с ведущими работодателями, объединениями работодателей отрасли, в которой востребованы выпускники, иных источников.
2. Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач-невролог – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Института с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

Результаты освоения программы ординатуры (компетенции и индикаторы их достижения), проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

Универсальные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 1

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
Системное и критическое	УК-1. Способность критически и системно	УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в

мышление	анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	профессиональном контексте
		УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способность разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	УК-2.1 Участвует в разработке и управлении проектом
		УК-2.2 Выполняет задачи в зоне своей ответственности в соответствии с запланированными результатами и точками контроля, при необходимости корректирует способы реализации задач
Командная работа и лидерство	УК-3. Способность руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	УК-3.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации
Коммуникация	УК-4. Способность выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1 Выбирает и использует стиль профессионального общения при взаимодействии с коллегами, пациентами и их родственниками
		УК-4.2 Осуществляет ведение документации, деловой переписки с учетом особенностей стилистики официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в оформлении корреспонденции
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способность планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	УК-5.1 Определяет приоритеты собственной деятельности, личностного развития и профессионального роста
		УК-5.2 Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и минимизирует возможные риски при изменении карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 2

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способность использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной	ОПК-1.1 Выбирает источники информации, включая национальные и международные базы данных, электронные библиотечные системы, специализированные пакеты

	деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	прикладных программ для решения профессиональных задач
		ОПК-1.2 Создает, поддерживает, сохраняет информационную базу исследований и нормативно-методическую базу по выбранной теме и соблюдает правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способность применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ОПК-2.1 Использует основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан
		ОПК-2.2 Проводит анализ и оценку качества медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способность осуществлять педагогическую деятельность	ОПК-3.1 Планирует и подготавливает необходимые условия образовательного взаимодействия
		ОПК-3.2 Осуществляет учебную деятельность обучающихся
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способность проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями
		ОПК-4.2 Направляет пациентов с заболеваниями и (или) состояниями на лабораторные и инструментальные обследования
	ОПК-5. Способность назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях
		ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения
	ОПК-6. Способность проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ОПК-6.1 Проводит мероприятия по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
		ОПК-6.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях,

		в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
	ОПК-7. Способность проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу
		ОПК-7.2 Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу
	ОПК-8. Способность проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ОПК-8.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
		ОПК-8.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением
	ОПК-9. Способность проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-9.1 Проводит анализ медико-статистической информации
		ОПК-9.2 Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 3

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции	Основание
Медицинская деятельность	ПК-1. Способен к оказанию медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы	ПК 1.1 Проводит обследование пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы с целью постановки диагноза	02.046 Профессиональный стандарт – Врач-невролог
		ПК-1.2 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, контролирует его	02.046 Профессиональный стандарт – Врач-невролог

		<p>эффективность и безопасность</p> <p>ПК 1.3 Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов, оценивает способность пациента осуществлять трудовую деятельность</p> <p>ПК-1.4 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний и (или) состояний нервной системы и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения</p> <p>ПК-1.5 Оказывает паллиативную медицинскую помощь пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы</p>	
<p>Организационно-управленческая деятельность</p>	<p>ПК-2. Способность к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося</p>	<p>ПК-2.1 Проводит анализ медико-статистической информации, составляет план работы и отчеты в</p>	<p>02.046 Профессиональный стандарт – Врач-невролог</p>

	в распоряжении медицинского персонала	профессиональной деятельности врача	
		ПК-2.2 Осуществляет ведение медицинской документации, контролирует качество ее ведения, в том числе в форме электронного документа	

2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание

В соответствии с требованием ФГОС ВО государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) – сдачу государственного экзамена. Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 2 недели.

Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится в три этапа

Таблица 4

1 этап - тестирование	
Предмет проверки	Определения объема и качества знаний, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях Института в соответствии с расписанием.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить, как посредством устного повторения материала пройденных дисциплин (модулей) с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д., так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного

	изучения.
2 этап - практический	
Предмет проверки	Определения объема и качества практических навыков и умений, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Обучающему предлагается дать ответ на два практических вопроса. Первый практический вопрос направлен на знание методов диагностики в офтальмологии. В процессе ответа обучающийся должен дать объяснения (показания, противопоказания, техника, возможные осложнения, профилактика осложнений). Второй навык может заключаться в оценке лабораторного и/или инструментального исследования. В процессе ответа обучающийся должен интерпретировать исследование. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут. Проверка практических навыков проводится на клинических базах Института – местах прохождения практической подготовки
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения материала пройденных дисциплин (модулей) в части практических умений и навыков, полученных на семинарских (практических) занятиях и прохождения практической подготовки (в виде решения ситуационных задач)
3 этап - собеседование	
Предмет проверки	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения
Особенности проведения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях Института, так и на клинических базах Института – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного материала в период изучения дисциплин (модулей) и прохождения практической подготовки (в виде решения профессиональных задач в реальных условиях, выполняемых под руководством руководителя практической подготовки, повторение зафиксированного материала в дневнике и отчете о прохождении практики)

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу этого на консультацию рекомендуется приходить, изучив материал в полном объеме и сформулировав вопросы преподавателю.

Содержание государственной итоговой аттестации

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

Тестовые задания (1 этап)

1. Повышение сухожильных рефлексов часто является показателем повреждения:

- А. Спинного мозга;
- Б. Периферических нервов;
- В. Мозжечка;
- Г. Тензорецепторов сухожилий;
- Д. Мышцы.

2. При поражении отводящего нерва возникает паралич глазодвигательной мышцы:

- А. верхней прямой
- Б. наружной прямой
- В. нижней прямой
- Г. нижней косой
- Д. верхней косой

3. О повышенном внутричерепном давлении свидетельствует все нижеприведенное, кроме:

- А. Пигментной дегенерации сетчатки;
- Б. Уплотнение диска зрительного нерва;
- В. Размывания краев диска зрительного нерва;
- Г. Отека и геморрагии сетчатки;
- Д. Прогрессирующего неврита отводящего нерва.

4. Расстройства чувствительности по типу «перчаток» и «носков» при жалобах пациента на чувство покалывания в руках и ногах обычно развивается при заболеваниях:

- А. Периферических нервов;
- Б. Плечевого сплетения;
- В. Спинного мозга;
- Г. Ствола мозга;
- Д. Зрительного бугра.

5. Мидриаз возникает при поражении:

- А. верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
- Б. нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
- В. среднего непарного ядра
- Г. ядра медиального продольного пучка
- Д. мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва

6. Адиадохокинез свидетельствует о нарушении:

- А. Последовательного движения пальцев;
- Б. Ходьбы с пятки на носок;
- В. Быстрой смены движений;
- Г. Подавления тремора;
- Д. Конвергирования глазных яблок.

7. Гиперакузия может возникнуть в одном ухе при повреждении с той же стороны черепного нерва:

- А. V;
- Б. VII;
- В. VIII;
- Г. IX;
- Д. X.

8. Невозможность пройти по прямой, попеременно приставляя пятку одной ноги к пальцам другой, связано с:

- А. Мозжечковой дисфункцией;
- Б. Поражением теменной доли мозга;
- В. Поражением височной доли мозга;
- Г. Окуломоторной дисфункцией;
- Д. Потерей чувствительности в ногах.

9. Непроизвольные подергивания мышц языка под слизистой и атрофия одной его половины позволяют предположить поражение черепных нервов:

- А. V;
- Б. VII;
- В. IX;
- Г. X;
- Д. XII.

10. Больной с идеомоторной апраксией не может:

- А. Назвать свои пальцы;
- Б. Выполнить движение по подражанию;
- В. Нарисовать простую схему;
- Г. Исполнить простую команду;
- Д. Говорить плавно.

11. Все нижеследующее проявляется положительной пробой Ромберга, кроме:

- А. Хронической сенсорной полиневропатии;
- Б. Спинной сухотки;
- В. Подостро протекающего комбинированного системного заболевания;
- Г. Бокового амиотрофического склероза;
- Д. Менингиомы оболочки спинного мозга.

12. Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой

чувствительности определяется на уровне T10 дерматома, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента:

- А. T8 или T9;
- Б. T9 или T10;
- В. T10 или T11;
- Г. T11 или T12;
- Д. T6 или T7.

13. Непроизвольное подергивание левого угла рта при попытке прищурить левый глаз у больного с невропатией лицевого нерва позволяет предположить:

- А. Привычный спазм;
- Б. Мозжечковые нарушения с потерей координации;
- В. Патологическую регенерацию лицевого нерва;
- Г. Невралгию тройничного нерва;
- Д. Фокальные припадки.

14. Преимущества магнитно-резонансного изображения перед компьютерной томографией заключаются в нижеследующем, кроме:

- А. Улучшенного изображения шейно-медуллярного соединения;
- Б. Лучшего распознавания тонких трещин височных костей;
- В. Лучшего распознавания очагов демиелинизации при рассеянном склерозе и других демиелинизирующих заболеваниях;
- Г. Выявленного контраста между серым и белым веществом мозга, включая образованные ими структуры;
- Д. Устранения ионизирующей радиации.

15. Наиболее достоверный метод распознавания внутричерепных аневризм:

- А. Магнитно-резонансное сканирование;
- Б. Компьютерно-томографическое сканирование;
- В. Компьютерная томография методом одиночной фотонной эмиссии;
- Г. Позитронно-эмиссионная томография;
- Д. Ангиография.

16. Хореический гиперкинез возникает при поражении:

- А. палеостриатума;
- Б. мозжечка;
- В. неостриатума;
- Г. медиального бледного шара;
- Д. латерального бледного шара;

17. Наиболее частая причина мозгового инфаркта:

- А. Атеросклероз;
- Б. Фиброзно-мышечная дисплазия;
- В. Эмболия мозга;
- Г. Гипертензионная гиперплазия интимы;

Д. Воспаление сосудов мозговых оболочек.

18. Чисто двигательный дефицит при инсульте может указывать на повреждение:

- А. Внутренней капсулы;
- Б. Мозжечка;
- В. Подушки;
- Г. Хвостатого ядра;
- Д. Миндалин мозжечка.

19. Закупорка медиальной ветви задненижней мозжечковой артерии вызовет повреждение всего, кроме:

- А. Кортико-спинального тракта;
- Б. Ядра и нисходящего пути V черепного нерва;
- В. Двойного ядра;
- Г. Латерального спиноталамического тракта;
- Д. Нижней ножки мозжечка.

20. Чисто сенсорный дефицит при инсульте возможен при повреждении:

- А. Внутренней капсулы;
- Б. Зрительного бугра;
- В. Гиппокарма;
- Г. Бледного шара;
- Д. Моста.

21. Примером синдрома лакунарного инсульта является все нижеследующее, кроме:

- А. Тромбоза базилярной артерии;
- Б. Чисто двигательного дефицита при инсульте;
- В. Чисто сенсорного дефицита при инсульте;
- Г. Дизартрии;
- Д. Синдром атаксической гемиплегии.

22. Септическая аневризма обычно развивается при:

- А. Бактериальной инфекции;
- Б. Грибковой инфекции;
- В. Неинфекционных артериитах;
- Г. Гиперплазии эндотелия;
- Д. Вирусной инфекции.

23. Для наблюдения за динамикой ангиоспазма у больного со спонтанным субарахноидальным кровоизлиянием наиболее целесообразно использовать:

- А. ангиографию;
- Б. реоэнцефалографию;
- В. компьютерную томографию;
- Г. транскраниальную ультразвуковую доплерографию;
- Д. магниторезонансную томографию;

24. Факторами риска развития церебрального инфаркта являются все нижеперечисленные моменты, кроме:

- А. Гипотиреоза;
- Б. Гиперхолестеринемии;
- В. Фибрилляции предсердий;
- Г. Гипертензии;
- Д. Курения.

25. Противопоказанием для лечебной физкультуры у больных с инсультом является:

- А. нарушение всех видов чувствительности на стороне гемиплегии;
- Б. нарушение координации;
- В. нарушение функции тазовых органов;
- Г. речевые нарушения;
- Д. сердечная недостаточность II-III ст

26. Тип припадков, наиболее часто встречающийся у взрослых:

- А. Сложный парциальный;
- Б. Генерализованный тонико-клонический;
- В. Абсанс;
- Г. Простой парциальный;
- Д. Джексоновский.

27. Последовательность выбора препарата в начале лечения эпилепсии определяется:

- А. частотой приступов;
- Б. особенностями ЭЭГ;
- В. длительностью приступов;
- Г. возрастом дебюта эпилепсии;
- Д. типом припадков и формой эпилепсии.

28. Видео-ЭЭГ мониторинг при эпилепсии является:

- А. более простым методом по сравнению с рутинной ЭЭГ;
- Б. менее информативным методом по сравнению с рутинной ЭЭГ
- В. более информативным методом по сравнению с рутинной ЭЭГ
- Г. равноценным методом по сравнению с рутинной ЭЭГ;
- Д. не информативен при неэпилептических приступах

29. Главной отличительной особенностью эпилептического статуса и серии эпилептически припадков является:

- А. длительность припадков;
- Б. частота припадков;
- В. восстановление сознания между припадками;
- Г. сохранность зрачковых реакций;
- Д. невозможность купирования.

30. Для синдрома Леннокса-Гасто типично все нижеперечисленное, кроме:

- А. Пиков 1,5-2 Гц и волновых разрядов на ЭЭГ;
- Б. Продолжающейся аномалии фоновой активности на ЭЭГ;
- В. Абсансов;
- Г. Умственной отсталости;
- Д. Способности дифенина контролировать припадки.

31. Боль, локализующаяся в одном глазу и продолжающаяся ежегодно несколько недель или месяцев, наступает, главным образом, ночью, спустя несколько часов после засыпания. Наиболее вероятная причина:

- А. Классическая мигрень;
- Б. Пучковая головная боль;
- В. Обычная мигрень;
- Г. Невралгия тройничного нерва;
- Д. Синуситы.

32. Все нижеприведенное характерно для мигрени, кроме:

- А. Семейного характера;
- Б. Односторонности;
- В. Пульсирующей боли;
- Г. Периодичности возникновения;
- Д. Ухудшения с возрастом.

33. Какие зрительные симптомы характерны для ауры при мигрени :

- А. амавроз;
- Б. амблиопия;
- В. гемианопсия;
- Г. все перечисленное
- Д. скотомы.

34. Вертебрально-базилярная мигрень отличается от классической:

- А. Половой предрасположенностью;
- Б. Отсутствием офтальмологических нарушений;
- В. Тяжестью симптомов;
- Г. Продолжительностью ауры;
- Д. Последовательностью развития неврологических симптомов и головной боли.

35. Все нижеперечисленное типично для височного артериита, кроме:

- А. Увеличения СОЭ;
- Б. Равной частоты у мужчин и женщин;
- В. Боли в одной или обеих височных областях;
- Г. Улучшения с возрастом;
- Д. Головной боли, длящейся неделями и месяцами.

36. Характерные для невралгии тройничного нерва болевые приступы продолжаются:

- А. Секунды;
- Б. Минуты;
- В. Часы;
- Г. Дни;
- Д. Недели.

37. Симптоматическая невралгия тройничного нерва может возникнуть при любом из нижеперечисленных заболеваний, кроме:

- А. Рассеянного склероза;
- Б. Синдрома Толосы-Ханта;
- В. Аневризмы базилярной артерии;
- Г. Невриномы слухового нерва;
- Д. Менингиомы задней черепной ямки.

38. Операторы ЭВМ и машинистки особенно предрасположены к повреждению:

- А. Подключичного нерва;
- Б. Срединного нерва;
- В. Локтевого нерва;
- Г. Лучевого нерва;
- Д. Длинного грудного нерва.

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

- А. парезы сгибателей пальцев стопы;
- Б. боль в области голени;
- В. припухлость в области наружной лодыжки;
- Г. гипотрофия перонеальной группы мышц;
- Д. онемение в области голени.

40. Тупая травма локтя может вызвать:

- А. Свисание кисти;
- Б. Слабость короткой отводящей мышцы большого пальца;
- В. «Когтистую лапу»;
- Г. Супинацию руки;
- Д. Ограниченную пронацию предплечья.

41. Наиболее выраженные неврологические осложнения летаргического энцефалита Экономо:

- А. Слепота;
- Б. Глухота;
- В. Параплегия;
- Г. Паркинсонизм;
- Д. Недержание мочи и кала.

42. Малая хорея представляет собой поддающееся лечению заболевание, развивающееся в результате:

- А. Наследственной дегенерации хвостатого ядра;
- Б. Ревматизма;
- В. Посттравматической дегенерации черной субстанции;
- Г. Подострого бактериального эндокардита;
- Д. Синдрома Бинсвангера.

43. 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.

44. Поражение двигательных нейронов чаще всего вызывается вирусом:

- А. Полиомиелита;
- Б. Подострого склерозирующего панэнцефалита;
- В. Прогрессирующей многоочаговой лейкоэнцефалопатии;
- Г. Иммунодефицита, ведущим к подострому энцефаломиелиту;
- Д. Куру.

45. Антитромбоцитарные средства для вторичной профилактики ишемического инсульта:

- А. апиксабан;
- Б. варфарин;
- В. клопидогрел;
- Г. дабигатран;
- Д. вессел дуэ.

46. Паразитарные поражения головного мозга состоят из больших кист, содержащих большое количество дочерних кист. Такое встречается при поражении:

- А. Свиным цепнем;
- Б. *Schistosoma haematobium*;
- В. Эхинококком;
- Г. Широкий лентецом;
- Д. *Schistosoma japonicum*.

47. Все нижеследующее связано с инфекцией, вызванной дифтерийной палочкой, кроме:

- А. Полиневропатии;
- Б. Нарушения аккомодации;
- В. Афонии;
- Г. Миокардита;
- Д. Нефрита.

48. Признаками невропатии срединного нерва являются:

- А. слабость IV и V пальцев кисти;
- Б. слабость I, II пальцев кисти;
- В. болезненность руки при отведении ее за спину;
- Г. слабость и атрофия дельтовидной мышцы ;
- Д. снижение чувствительности на ладонной поверхности IV, V пальцев.

49. При невропатии локтевого нерва наблюдается:

- А. невозможность приведения IV, V пальцев
- Б. нарушение чувствительности в области I, II пальцев кисти
- В. ангидроз кожи ладони
- Г. боль в области II и III пальцев:
- Д. "свисающая кисть"

50. Развитию пневмококкового менингита способствуют все нижеперечисленные причины, кроме:

- А. Ликвореи;
- Б. Острого синусита;
- В. Эпилепсии;
- Г. Острого среднего отита;
- Д. Серповидно-клеточной анемии.

51. Рецидивирующие менингиты часто развиваются у лиц:

- А. Со средним отитом;
- Б. С эпилепсией;
- В. С рассеянным склерозом;
- Г. С болезнью Уиппла;
- Д. С ликвореей.

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

- А. сращение шейных позвонков
- Б. смещение вниз миндалин мозжечка
- В. сращение I шейного позвонка с затылочной костью
- Г. расщепление дужки I шейного позвонка
- Д. уплощение ската затылочной кости.

53. Изменения в ликворе на поздних стадиях герпетического энцефалита заключается в:

- А. Возросшем количестве моноклеаров;
- Б. Снижении уровня глюкозы ниже 2/3 уровня ее в сыворотке крови;
- В. Содержании белка менее чем 450 мг/л;
- Г. Нормальном давлении ликвора;
- Д. Преобладании полиморфно-ядерных лейкоцитов.

54. ЭЭГ при герпетическом энцефалите показывает:

- А. Альфа-активность над лобной областью;

- Б. Бета-активность над височной областью;
- В. 3 пиково-волновых разрядов в секунду;
- Г. Двусторонние периодические эпилептиформные разряды;
- Д. Одностороннюю дельта-активность над лобной областью.

55. Клиническая картина компрессии корешков конского хвоста отличается от компрессии конуса и эпиконуса:

- А. отсутствием болевого синдрома
- Б. нижним вялым парапарезом
- В. нарушением функций тазовых органов
- Г. всем перечисленным
- Д. асимметричностью поражения

56. Наиболее частая мозговая опухоль у лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), это:

- А. Саркома Капоши;
- Б. Олигодендроглиома;
- В. Мультиформная глиобластома;
- Г. Первичная лимфома;
- Д. Менингиома.

57. Вирус иммунодефицита и цитомегаловирус образуют в мозгу:

- А. Старческие бляшки;
- Б. Внутринейронный амилоид;
- В. Внутриядерные включения;
- Г. Цитоплазматические включения;
- Д. Микроглиальные узелки.

58. Инфекция *Borrelia burgdorferi* характеризуется всем нижеприведенным, кроме:

- А. Сыпи;
- Б. Менингоэнцефалита;
- В. Гепатита;
- Г. Артриты;
- Д. Миокардита.

59. После заражения *Borrelia burgdorferi* от клеща – носителя инфекции на коже вокруг места укуса обнаруживают:

- А. Эксфолиативный дерматит;
- Б. Геморрагическую сыпь;
- В. Локальный отек;
- Г. Хроническую мигрирующую эритему;
- Д. Пузырьковое высыпание.

60. Невропатия черепных нервов, часто ассоциирующаяся с болезнью Лайма, возникает в результате повреждения:

- А. III пары;

- Б. V пары;
- В. VII пары;
- Г. IX пары;
- Д. XII пары.

61. На ранней стадии болезни Лайма обнаруживается все нижеперечисленное, кроме:

- А. Атрофии коры мозга;
- Б. Острого поперечного миелита;
- В. Плексита;
- Г. Асептического менингита;
- Д. Демиелинизирующей полиневриопатии.

62. Наиболее эффективные препараты при поражении ЦНС *Borrelia burgdorferi*:

- А. Стрептомицин;
- Б. Цефтриаксон;
- В. Гентамицин;
- Г. Изониазид;
- Д. Рифампицин.

63. Абсцессы мозга наиболее часто возникают при:

- А. Гематогенном распространении инфекции;
- Б. Проникающих ранениях черепа;
- В. Суперинфекции опухолевых очагов;
- Г. Травме челюстно-лицевой области;
- Д. Нейрохирургических вмешательствах.

64. Наиболее частая локализация абсцессов мозга:

- А. Путамен;
- Б. Таламус;
- В. Головка хвостатого ядра;
- Г. На границе серого и белого вещества мозга;
- Д. Гипоталамус.

65. Наиболее частые возбудители абсцессов:

- А. Стрептококки;
- Б. Стафилококки;
- В. Виды бактероидов (*Bacteroides species*);
- Г. Виды протей (*Proteus species*);
- Д. Виды псевдомонас (*Pseudomonas species*).

66. Наиболее частая причина мозговых абсцессов у больных СПИДом:

- А. Криптококк (*Cryptococcus neoformans*);
- Б. Токсоплазма (*Toxoplasma gondii*);
- В. Туберкулез;
- Г. Цитомегаловирус;

Д. Вирус опоясывающего лишая.

67. Наиболее частые жалобы при абсцессах мозга:

- А. Тошнота и рвота;
- Б. Атаксия;
- В. Головная боль;
- Г. Ригидность мышц затылка;
- Д. Эпиприступы.

68. Наиболее информативный тест в диагностике абсцесса мозга:

- А. Компьютерная томография;
- Б. Магнитно-резонансная томография;
- В. Пневмоэнцефалография;
- Г. Ангиография;
- Д. Радионуклидное сканирование мозга.

69. Все последующее характерно для спинной сухотки, кроме:

- А. Изменений личности;
- Б. Стреляющих болей;
- В. Атаксии;
- Г. Нарушений ориентации;
- Д. Нарушений зрачкового рефлекса.

70. Нейросифилис легко спутать с опухолью мозга, если:

- А. Возникают реакции на пенициллин;
- Б. Образуется внутричерепная гумма;
- В. Спинная сухотка оказывается первым проявлением болезни;
- Г. Развивается менингососудистый сифилис;
- Д. Больной – новорожденный с врожденным сифилисом.

71. Прогрессивный паралич – форма нейросифилиса, вызванная:

- А. Ответом на пенициллинотерапию;
- Б. Аутоиммунной реакцией;
- В. Острым менингоэнцефалитом;
- Г. Хроническим менингоэнцефалитом;
- Д. Хроническим ромбэнцефалитом (ромбовидный мозг – участок мозга, включающий мост мозга и продолговатый мозг).

72. Какой из нижеперечисленных вирусов поражает мозг, распространяясь центрипетально:

- А. Свинки;
- Б. Кори;
- В. Ветрянки;
- Г. Полиомиелита;
- Д. Бешенства.

73. Вирус бешенства из мозга, прежде чем попасть к другому лицу,

перемещается в:

- А. Кишечник;
- Б. Носоглотку;
- В. Легкие;
- Г. Полые органы;
- Д. Слюнные железы.

74. Водобоязнь возникает у многих больных бешенством в результате:

- А. Извращения вкуса к воде;
- Б. Анафилактической реакции на воду;
- В. Извращенных реакций на жидкости;
- Г. Спазматического сокращения дыхательных мышц при попытке проглатывания жидкости;
- Д. Опистотонуса, возникающего при попытках питья.

75. На сегодняшний день лучшей терапией бешенства признается:

- А. Поддерживающая терапия;
- Б. Зидовудин;
- В. Цитарабин;
- Г. Мидантан;
- Д. Ганцикловир.

76. Наиболее частыми источниками опухолей мозга являются:

- А. Глиальные клетки;
- Б. Нейроны;
- В. Менингеальные клетки;
- Г. Лимфоциты;
- Д. Эндотелиальные клетки.

77. Наиболее частый тип первичных опухолей мозга:

- А. Менингиома;
- Б. Астроцитомы;
- В. Лимфосаркома;
- Г. Олигодендроглиома;
- Д. Медуллобластома.

78. Гиперостозы черепа наиболее часты при:

- А. Менингиомах;
- Б. Гипофизарных аденомах;
- В. Астроцитомах;

- Г. Невриномах;
- Д. Гемангиобластомах.

79. Менингиомы, развивающиеся на внутреннем гребне клиновидной кости, дают всю нижеперечисленную симптоматику, кроме:

- А. Гиперостоза переднего клиновидного отростка;

- Б. Сдавления зрительного нерва;
- В. Одностороннего экзофтальма;
- Г. Паралича глазодвигательного нерва;
- Д. Сенсорной афазии.

80. Больной, у которого отмечаются головная боль, тошнота, рвота, заторможенность и отек соска зрительного нерва при отсутствии локальных симптомов, может иметь нижеперечисленные опухоли мозга, кроме:

- А. Эпендимомы IV желудочка;
- Б. Астроцитомы височной доли;
- В. Медуллобластомы червя мозжечка;
- Г. Краниофарингиомы;
- Д. Пинеаломы.

81. Наиболее частый источник метастатических опухолей мозга:

- А. Молочные железы;
- Б. Легкие;
- В. Почки;
- Г. Кожа;
- Д. Матка.

82. Метастатические поражения мозга чаще всего возникают:

- А. На границе серого и белого вещества;
- Б. В зрительном бугре;
- В. В задней черепной ямке;
- Г. В хвостатом ядре;
- Д. На турецком седле.

83. Самая малая продолжительность жизни у больных с метастазами мозга:

- А. Злокачественной меланомы
- Б. Рака молочной железы;
- В. Рака легких;
- Г. Рака почки;
- Д. Рака предстательной железы.

84. Двусторонняя гемианопсия возникает при:

- А. Глиоме зрительного нерва;
- Б. Астроцитоме затылочных долей;
- В. Глиоме ствола мозга;
- Г. Аденоме гипофиза;
- Д. Менингиоме крыла клиновидной кости.

85. Наиболее частая причина слабоумия:

- А. Эпилепсия;
- Б. Сосудистые заболевания;
- В. Болезнь Альцгеймера;

- Г. Болезнь Паркинсона;
- Д. Травма головы.

86. Псевдодеменция у пожилых наиболее часто вызывается:

- А. Депрессией;
- Б. Лекарственной интоксикацией;
- В. Вирусной инфекцией;
- Г. Церебральной ишемией;
- Д. Гипоксией.

87. Амиотрофический боковой склероз отличается характерной электромиографической картиной, включающей:

- А. Фибрилляции;
- Б. Замедленную скорость проведения возбуждения по нерву;
- В. Нарушенные соматосенсорные потенциалы;
- Г. F-волны;
- Д. H-рефлексы.

88. Хотя в основе болезни Паркинсона лежит дефицит дофамина, больным чаще, чем дофамин, назначают леводофу (L-ДОФА) потому, что:

- А. L-ДОФА реже, чем дофамин, вызывает тошноту и рвоту;
- Б. Дофамин быстро превращается в желудочно-кишечном тракте в неэффективное соединение;
- В. L-ДОФА лучше всасывается, чем дофамин;
- Г. Дофамин не проникает через гематоэнцефалический барьер;
- Д. L-ДОФА действует на дофаминовые рецепторы сильнее, чем дофамин.

89. При паркинсонизме нарушения движений нижеследующие, кроме:

- А. Феномена «зубчатого колеса»;
- Б. Гемибаллизма;
- В. Ретропульсии;
- Г. Маскообразного лица;
- Д. Шаркающей походки.

90. После нескольких лет успешного лечения паркинсонизма у больного внезапно остро появились брадикинезия и скованность. Приступ прошел так же внезапно, как и начался. По-видимому, у больного:

- А. Острая дистония;
- Б. Приступ абсанса;
- В. Феномен отдачи;
- Г. Фокальные судороги;
- Д. Отравление лекарствами.

91. При боковом амиотрофическом склерозе специфически повреждаются нейроны:

- А. Чувствительные;
- Б. Вегетативные;

- В. Симпатические;
- Г. Парасимпатические;
- Д. Двигательные.

92. Острый рассеянный энцефаломиелит представляет собой заболевание белого вещества и отличается от рассеянного склероза:

- А. Монофазностью;
- Б. Быстрым летальным исходом;
- В. Сочетанием с заболеваниями ствола и спинного мозга;
- Г. Выявлением при магнитно-резонансном исследовании обратимых изменений;
- Д. Сочетанием с воспалительными изменениями в мозгу.

93. Диагностика рассеянного склероза основывается на нижеперечисленных симптомах, кроме:

- А. Повторных эпизодов клонико-тонических припадков;
- Б. Повышения содержания гамма-глобулина в ликворе;
- В. Неврологической картины многоочаговой демиелинизации;
- Г. Повторных случаев неврита зрительных нервов;
- Д. Прогрессирующей дисфункции мочевого пузыря.

94. Магнитно-резонансное исследование позволяет обнаруживать демиелинизированные участки лучше, чем компьютерная томография потому, что:

- А. Миелин плотнее серого вещества;
- Б. Содержание воды, а не плотность ткани изменяется при демиелинизации;
- В. В местах демиелинизации развивается относительная ишемия;
- Г. Магнитно-резонансное исследование более чувствительно к изменениям белого вещества, чем серого;
- Д. Ионизирующее излучение, используемое в компьютерной томографии, приводит к артефактам при исследовании белого вещества.

95. При тяжелой миастении (*myasthenia gravis*) наиболее очевидными очагами поражения являются:

- А. Клетки передних рогов;
- Б. Нервно-мышечные синапсы;
- В. Чувствительные ганглии;
- Г. Парасимпатические ганглии;
- Д. Симпатические цепи.

96. Обычные проявления мышечной слабости при тяжелой миастении:

- А. Слабость диафрагмы;
- Б. Отвисающая кисть;
- В. Отвисающая стопа;
- Г. Слабость глазодвигательных мышц;
- Д. Дисфагия.

97. При дюшенновской дистрофии псевдогипертрофия:

- А. Не встречается;
- Б. Ограничивается плечевым поясом;
- В. Ограничивается тазовым поясом;
- Г. Ограничивается икроножными мышцами;
- Д. Ограничивается бедренными мышцами.

98. Слабость в одной руке или ноге может зависеть от всего нижеприведенного, кроме:

- А. Полуперерыва в шейном отделе спинного мозга;
- Б. Грыжи ядра межпозвонкового диска;
- В. Острого плечевого плексита;
- Г. Ущемления периферического нерва;
- Д. Мультиневропатии.

99. Слабость и атрофия мышц, их спастичность, фасцикуляции, положительный симптом Бабинского и гиперрефлексия позволяют предположить:

- А. Заболевание дорсальных спинальных корешков;
- Б. Заболевание вентральных спинальных корешков;
- В. Повреждение дугообразных пучков;
- Г. Болезнь двигательных нейронов;
- Д. Повреждение клеток Пуркинье.

100. При синдроме Броун-Секара, когда спинной мозг перерезан наполовину, спастический парез развивается в мышцах, иннервируемых нервами, выходящими из спинальных корешков:

- А. С двух сторон на уровне повреждения;
- Б. С пораженной стороны на уровне повреждения;
- В. На противоположной пораженную сторону на уровне повреждения;
- Г. На стороне поражения ниже уровня повреждения;
- Д. На противоположной пораженную сторону ниже уровня повреждения.

101. Патологические пирамидные симптомы на верхней конечности - рефлекс:

- А. Бабинского
- Б. Оппенгейма
- В. Россолимо
- Г. Шеффера
- Д. Все выше перечисленное

102. Гипотрофия мышц характерна для поражения:

- А. Центрального двигательного нейрона
- Б. Периферического двигательного нейрона
- В. Мозжечка

- Г. Экстрапирамидной системы
- Д. Пирамидных путей

103. Бульбарный паралич развивается при поражении черепных нервов:

- А. IX, X, XII
- Б. IX, X, XI
- В. VIII, IX, X
- Г. VII, XI, X
- Д. III, IV, VI

104. Одностороннюю корковую иннервацию имеет ядро черепных нервов:

- А. XII, VII
- Б. V
- В. III, VI
- Г. XI
- Д. II

105. Птоз наблюдается при поражении пары черепных нервов:

- А. IV
- Б. III
- В. VI
- Д. VII
- Г. V

106. Иннервацию сфинктера зрачка осуществляет нерв:

- А. III
- Б. IV
- В. VI
- Г. V
- Д. II

107. Признаки, характерные для поражения лицевого нерва:

- А. Сглаженность лобных и носогубных складок
- Б. Лагофтальм
- В. Симптом Белла
- Г. Гиперакузия
- Д. Все перечисленное

108. При поражении экстрапирамидной системы возникает:

- А. Акинезия
- Б. Атаксия

- В. Апраксия
- Г. Парезы
- Д. Гипестезия

109. Красное ядро входит в состав системы:

- А. Паллидно-нигральной
- Б. Стриарной
- В. Пирамидной
- Г. Мозжечковой
- Д. Вегатативной

110. Пропульсии наблюдаются при поражении:

- А. Пирамидных путей
- Б. Глубокой чувствительности
- В. Хвостатого ядра
- Г. Красного ядра
- Д. Черной субстанции

111. Симптомы характерные для поражения мозжечка:

- А. Гемипарез
- Б. Гемианестезия
- В. Интенционный тремор
- Г. Мышечный гипертонус
- Д. Брадикинезия

112. При поражении заднего рога нарушается чувствительность:

- А. Тактильная и температурная
- Б. Болевая и тактильная
- В. Температурная и болевая
- Г. Глубокая чувствительность
- Д. Все виды чувствительности

113. 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

114. Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне Т10 дерматома, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента:

- А. Т6 или Т7
- Б. Т8 или Т9
- В. Т9 или Т10
- Г. Т10 или Т11

Д. T11 или T12

115. При центральном параличе наблюдается:

- А. атрофия мышц
- Б. повышение сухожильных рефлексов
- В. нарушение чувствительности по полиневритическому типу
- Г. нарушение электровозбудимости нервов и мышц
- Д. фибриллярные подергивания

116. Хореический гиперкинез возникает при поражении:

- А. палеостриатума
- Б. неостриатума
- В. медиального бледного шара
- Г. латерального бледного шара
- Д. мозжечка

117. 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

118. 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
- Д. дорсально
- Г. вентромедиально

119. 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 таламусе
- Д. в мозжечке

120. Основным медиатором тормозного действия является:

- А. ацетилхолин
- Б. ГАМК
- В. норадреналин

- Г. адреналин
- Д. дофамин

121. Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия:

- А. мозжечковая
- Б. сенситивная
- В. вестибулярная
- Г. лобная
- Д. смешанная

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

- А. красное ядро
- Б. люисово тело
- В. черное вещество
- Г. поласатое тело
- Д. голубое пятно

123. 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

124. К концентрическому сужению полей зрения приводит сдавление:

- А. зрительного тракта
- Б. зрительного перекреста
- В. наружного каленчатого тела
- Г. зрительной лучистости
- Д. черного вещества

125. При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия:

- А. биназальная
- Б. гомонимная
- В. битемпоральная
- Г. нижнеквадратная
- Д. верхнеквадратная

126. Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении:

- А. зрительного тракта
- Б. зрительного перекреста
- В. зрительной лучистости
- Г. внутренней капсулы
- Д. зрительного нерва

127. 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

128. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении:

- А. обонятельного бугорка
- Б. обонятельной луковицы
- В. височной доли
- Г. теменной доли
- Д. лобной доли

129. Истинное недержание мочи возникает при поражении:

- А. парацентральных долек передней центральной извилины
- Б. шейного отдела спинного мозга
- Г. поясничного утолщения спинного мозга
- Д. конского хвоста
- В. моста мозга

130. При парезе взора вверх и нарушении конвергенции очаг локализуется:

- А. в верхних отделах моста мозга
- Б. в нижних отделах моста мозга
- В. в дорсальном отделе покрывки среднего мозга
- Г. в ножках мозга
- Д. в продолговатом мозге

131. При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия:

- А. динамическая
- Б. вестибулярная
- В. статическая
- Г. сенситивная
- Д. лобная

132. При периферическом парезе правого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет правого глаза, гиперстезии в средней зоне Зильдера справа, патологических рефлексов слева очаг локализуется:

- А. в левом мосто-мозжечковом углу
- Б. в правом полушарии мозжечка
- В. в мосту мозга справа
- Г. в области верхушки пирамиды левой височной кости
- Д. в ножке мозга

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

- А. вестибулярного
- Б. крылонебного
- В. звездчатого
- Г. Гассерога
- Д. коленчатого

135. Нервные импульсы генерируются:

- А. клеточным ядром
- Б. наружной мембраной
- В. аксоном
- Г. нейрофиламентами
- Д. дендритами

136. Алексия наблюдается при поражении:

- А. верхней лобной извилины
- Б. парагиппокампальной извилины
- В. таламуса
- Г. угловой извилины
- Д. моста мозга

137. Гемипарез, гемиатаксия, гемианопсия характерны для поражения:

- А. бледного шара
- Б. хвостатого ядра
- В. красного ядра
- Г. таламуса
- Д. черного вещества

138. Истинный астереогноз обусловлен поражением:

- А. лобной доли
- Б. височной доли
- В. теменной доли
- Г. затылочной доли
- Д. мозжечка

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

- А. С3 - С4
- Б. С5- С6
- В. С7 -С8
- Г. С8 - Т1
- Д. Т1 - Т2

140. Больной со зрительной агнозией:

- А. плохо видит окружающие предметы, но узнает их
- Б. видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной
- В. не видит предметы по периферии полей зрения

- Г. видит предметы, но не узнает их
- Д. плохо видит окружающие предметы и не узнает их

141. Больной с моторной афазией:

- А. понимает обращенную речь, но не может говорить
- Б. не понимает обращенную речь и не может говорить
- В. может говорить, но не понимает обращенную речь
- Г. может говорить, но речь скандированная
- Д. может говорить, но не помнит названия предметов

142. Больной с сенсорной афазией:

- А. не может говорить и не понимает обращенную речь
- Б. понимает обращенную речь, но не может говорить
- В. может говорить, но забывает названия предметов
- Г. не понимает обращенную речь, но контролирует собственную речь
- Д. не понимает обращенную речь и не контролирует собственную

143. Сочетание нарушения глотания и фонации, дизартрии, пареза мягкого неба, отсутствия глоточного рефлекса и тетрапареза свидетельствует о поражении:

- А. ножек мозга
- Б. моста мозга
- В. продолговатого мозга
- Г. покрышки среднего мозга
- Д. гипоталамуса

144. При альтернирующем синдроме Мийяра - Гублера очаг находится:

- А. в основании ножки мозга
- Б. в заднебоковом отделе продолговатого мозга
- В. в области красного ядра
- Г. в основании нижней части моста мозга
- Д. в гипоталамусе

145. Рефлексы орального автоматизма свидетельствуют о поражении трактов:

- А. кортикоспинальных
- Б. кортиконуклеарных
- В. лобно-мосто-мозжечковых
- Г. руброспинальных
- Д. спинно-мозжечковых

146. Хватательный рефлекс (Янишевского) отмечается при поражении:

- А. теменной доли
- Б. височной доли
- В. лобной доли
- Г. затылочной доли

Д. гипоталамуса

147. Слуховая агнозия наступает при поражении:

- А. теменной доли
- Б. лобной доли
- В. затылочной доли
- Г. височной доли
- Д. гипоталамуса

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

- А. верхних отделов продолговатого мозга
- Б. нижних отделов продолговатого мозга
- В. красных ядер
- Г. моста мозга
- Д. продолговатого мозга

149. Для альтернирующего синдрома Раймона - Сестана характерно наличие:

- А. пареза взора
- Б. паралича глазодвигательного нерва
- В. паралича отводящего нерва
- Г. спазма мимических мышц
- В. афонии

150. Альтернирующий синдром Фовилля характеризуется одно временным вовлечением в патологический процесс нервов:

- А. лицевого и отводящего
- Б. лицевого и глазодвигательного
- В. языкоглоточного нерва и блуждающего
- Г. подъязычного и добавочного
- Д. добавочного и блокового

151. Для синдрома яремного отверстия характерно поражение нервов:

- А. языкоглоточного, блуждающего, добавочного
- Б. блуждающего, добавочного, подъязычного
- В. добавочного, языкоглоточного, подъязычного
- Г. блуждающего, лицевого, тройничного
- Д. блуждающего, глазодвигательного, отводящего

160. Полушарный парез взора (больной смотрит на очаг поражения) связан с поражением:

- А. лобной доли
- Б. височной доли
- В. теменной доли
- Г. затылочной доли
- Д. гипоталамуса

161. Конструктивная апраксия возникает при поражении:

- А. лобной доли доминантного полушария
- Б. лобной доли недоминантного полушария
- В. теменной доли доминантного полушария
- Г. теменной доли недоминантного полушария
- Д. затылочных долей

162. Сенсорная афазия возникает при поражении:

- А. верхней височной извилины
- Б. средней височной извилины
- В. верхнетеменной дольки
- Г. нижней теменной дольки
- Д. Гипоталамуса

163. Каудальный отдел сегментарного аппарата парасимпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов спинного мозга на уровне сегментов:

- А. L4-L5-S1
- Б. L5-S1-S2
- В. S1-S3
- Г. S2-S4
- Д. S3-S5

164. 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 головокружением

165. 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

166. Для болезни Реклингхаузена характерно появление на коже:

- А. папулезной сыпи
- Б. телеангиэктазий

- В. "кофейных" пятен
- Г. витилиго
- Д. розеолезной сыпи

167. 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

168. 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

169. Для выявления амнестической афазии следует:

- А. проверить устный счет
- Б. предложить больному назвать окружающие предметы
- В. предложить больному прочитать текст
- Г. убедиться в понимании больным обращенной речи
- Д. выполнить действия по подражанию

170. 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

171. 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

172. 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

173. Для выявления сенситивной динамической атаксии следует попросить больного:

- А. встать в позу Ромберга с закрытыми глазами
- Б. осуществить фланговую походку
- В. встать в усложненную позу Ромберга
- Г. пройти с закрытыми глазами
- Д. сесть из положения лежа на спине со скрещенными на груди руками

174. 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. поднимают ногу под прямым углом

175. 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

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

- А. Ашнера (глазосердечный рефлекс)
- Б. клиностагическая
- В. ортостагическая
- Г. синокаротидный рефлекс
- Д. все указанные пробы

177. 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

178. Основным патологическим рефлексом сгибательного типа является рефлекс:

- А. Бабинского
- Б. Оппенгейма
- В. Россолимо
- Г. Гордона
- Д. Чеддока

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

- А. компьютерную томографию
- Б. компьютерную томографию с контрастированием
- В. магнитно-резонансную томографию
- Г. позитронно-эмиссионную томографию
- Д. все методы одинаково информативны

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

- А. вирусами гриппа
- Б. пневмококком
- В. вирусом паротита
- Г. туберкулезной палочкой
- Д. стрептококком

181. Решающее значение в поставке диагноза менингита имеет:

- А. острое начало заболевания с повышением температуры
- Б. острое начало заболевания с менингеальным синдромом
- В. изменение спинномозговой жидкости
- Г. синдром инфекционно-токсического шока
- Д. анамнез

182. Компьютерная томография позволяет диагностировать гиперденситивные участки при субарахноидальном кровоизлиянии спустя:

- А. 1 ч от начала кровоизлияния
- Б. 3 ч от начала кровоизлияния
- В. 6 ч от начала кровоизлияния
- Г. 12 ч от начала кровоизлияния
- Д. 24 ч от начала кровоизлияния

183. Синдром Клиппеля-Фейля характеризуется на рентгенограммах признаками:

- А. краниостеноза
- Б. платибазии
- В. остеопороза турецкого седла
- Г. выступанием зуба второго шейного позвонка в область проекции задней

черепной ямки

Д. срастанием нескольких шейных позвонков

184. Нормальным слухом считается восприятие шепота с расстояния:

А. 2-3 метра

Б. 3-4 метра

В. 6-7 метров

Г. 10 метров

Д. 15 и более метров

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

А. поверхностных электродов

Б. игольчатых электродов

В. мультиполярных электродов

Г. поверхностных и игольчатых электродов

Д. мультиполярных и поверхностных электродов

186. Офтальмоскопический синдром Фостера - Кеннеди характеризуется наличием признаков:

А. атрофии диска зрительного нерва на стороне поражения в сочетании с застойным диском на противоположной очагу стороне

Б. застойных дисков с двух сторон

В. атрофии дисков зрительных нервов с двух сторон

Г. застойного диска в сочетании с атрофией на стороне очага поражения

Д. только атрофией диска на стороне поражения

187. Для контроля за динамикой ангиоспазма у больного со спонтанным субарахноидальным кровоизлиянием целесообразно использовать:

А. ангиографию

Б. реоэнцефалографию

В. компьютерную томографию

Г. транскраниальную ультразвуковую доплерографию

Д. магниторезонансную томографию

188. Симптом Элсберга - Дайка (деформация ножек дуг позвонков и увеличение расстояния между ними на спондилограммах) наиболее характерен для:

А. дисгормональной спондилопатии

Б. миеломной болезни

В. болезни Педжета

Г. экстрамедуллярной опухоли

Д. грыжи Шморля

189. К ликвородинамическим относятся следующие диагностические пробы:

А. Квеккенштедта, Пуссера, Панди

Б. Пуссера, Стукея, Мак-Клюра - Олдрича

- В. Стукея, Панди, Квеккенштедта
- Г. Квеккенштедта, Пуссепа, Стукея
- Д. все перечисленные

190. Компьютерная томография головного мозга не позволяет:

- А. дифференцировать гистологическую структуру опухоли
- Б. дифференцировать серое и белое вещество мозга
- В. определить состояние ликворных путей
- Г. определить области ишемии и кровоизлияния
- Д. определить зону перифокального отека

191. К антидепрессантам седативного действия относятся:

- А. флуоксетин
- Б. пароксетин
- В. эсциталопроам
- Г. amitриптилин
- Д. все перечисленные препараты

192. Препараты, уменьшающие глубину сна, следует давать при энурезе:

- А. в течение всего дня
- Б. утром и днем
- В. на ночь
- Г. утром и вечером,
- Д. днем

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

- А. анальгетиков
- Б. спазмолитиков
- В. противосудорожных средств
- Г. всего перечисленного
- Д. ничего из перечисленного

194. «Классическая» мигренозная аура

- А. зрительная
- Б. афатическая
- В. сенсорная
- Г. Двигательная
- Д. все перечисленное

195. Что характерно для пациентов с ретинальной мигренью при офтальмологическом исследовании в межприступный период?

- А. расширение вен глазного дна;
- Б. сужение артерий глазного дна;
- В. снижение остроты зрения

Г. застойные изменения ДЗН

Д. нормальные результаты офтальмологического исследования

196. Мигрень относят к:

А. Первичной головной боли

Б. Вторичной головной боли

В. Комплексному региональному болевому синдрому

Г. Невралгической боли

Д. Комбинированной головной боли

197. Абузусная головная боль развивается в результате:

А. Острого нарушения мозгового кровообращения

Б. Первичной опухоли головного мозга

В. Злоупотребления анальгетиками

Г. Злоупотребления алкоголем

Д. Черепно-мозговой травмы

198. Наличие «курковых зон» характерно для:

А. Головной боли напряжения

Б. Мигрени

В. Кластерной головной боли

Г. Невралгии тройничного нерва

Д. Абузусной головной боли

199. Какие зрительные симптомы характерны для мигренозной ауры

А. Амблиопия

Б. Амавроз

Г. Скотома

Д. Гемианопсия

Г. Все перечисленное

200. Что представляет собой хроническая мигрень

А. мигренозная головная боль, возникающая 15 или более дней в месяц в течение более 3х месяцев при наличии злоупотребления лекарственными препаратами

Б. диффузная давящая головная боль, возникающая 15 или более дней в месяц в течение более 3х месяцев при наличии злоупотребления лекарственными препаратами

В. мигренозная головная боль, возникающая 15 или более дней в месяц в течение более 3х месяцев при отсутствии злоупотребления лекарственными препаратами

Г. диффузная давящая головная боль, возникающая 15 или более дней в месяц в течение более 3х месяцев при отсутствии злоупотребления лекарственными препаратами

Д. резко выраженная головная боль в виде серии приступов в области глаза, в височной области, в ограниченный период времени (от нескольких

недель до нескольких месяцев) с последующей длительной ремиссией (от нескольких недель до нескольких месяцев).

201. Что лежит в основе возникновения мигрени

- А. гендерные особенности
- Б. генетическая предрасположенность
- В. возраст пациента
- Г. наличие в анамнезе головной боли напряжения
- Д. повышение внутричерепного давления

202. Какое заболевание следует заподозрить у пациента с прогрессирующей головной болью без ремиссий, в течение нескольких месяцев

- А. головная боль напряжения
- Б. мигрень
- В. объемное образование головного мозга
- Г. ОНМК
- Д. деменция

203. Какие чувствительные симптомы характерны для ауры при мигрени

- А. ощущения покалывания
- Б. выпадение болевой чувствительности
- В. выпадение температурной чувствительности
- Г. болевые симптомы
- Д. все перечисленное

204. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику ретинальной мигрени?

- А. глаукомой
- Б. расслоением внутренней сонной артерии
- В. рассеянным склерозом
- Г. катарактой
- Д. синдромом позвоночной артерии

205. Какие симптомы ауры наиболее часто встречаются при мигрени с аурой

- А. речевые симптомы ауры
- Б. зрительные симптомы ауры
- В. сенсорные симптомы ауры
- Г. моторные симптомы ауры
- Д. зрительные и сенсорные симптомы ауры

206. Назовите основные характеристики головной боли при мигрени?

- А. постепенно нарастающая, односторонняя, пульсирующая
- Б. диффузная, сжимающая
- В. ноющая, локализуемая в лобной области
- Г. пульсирующая в затылке
- Д. двусторонняя.

207. Что представляет собой ретинальная мигрень?

- А. повторяющиеся приступы выпадения половины поля зрения и сочетающиеся с немигренозной головной болью
- Б. повторяющиеся приступы монокулярного расстройства зрения, включающие «мерцание», скотому или слепоту и сочетающиеся с мигренозной головной болью;
- В. повторяющиеся приступы выпадения половины поля зрения и несочетающиеся с мигренозной головной болью;
- Г. повторяющиеся приступы монокулярного расстройства зрения, включающие «мерцание», скотому или слепоту и сочетающиеся с немигренозной головной болью.
- Д. повторяющиеся приступы амблиопии без головной боли

208. Гематома в области сосцевидного отростка (симптом Баттла), лагофталм, асимметрия лица соответствуют перелому:

- А. дна задней черепной ямки
- Б. дна передней черепной ямки
- В. пирамиды височной кости
- Д. орбиты
- Г. свода черепа

209. Звук «треснувшего горшка» при перкуссии черепа является признаком

- А. перелома основания черепа
- Б. перелома решетчатой кости
- В. перелома пирамиды височной кости
- Д. перелома орбиты
- Г. перелома свода черепа

210. Диффузные повреждения мозга возникают в результате

- А. контрудара
- Б. прямого воздействия травмирующей силы
- В. опосредованного воздействия травмирующей силы
- Г. ротационных механизмов
- Д. всего перечисленного

211. Анизокория это-

- А. одинаковая величина зрачков со смещением одного из зрачков вправо
- Б. одинаковая величина зрачков со смещением одного из зрачков влево
- В. различная величина зрачков без определения стороны
- Г. различная величина зрачков со смещением зрачка вверх
- Д. различная величина зрачков со смещением зрачка вниз

212. К легкой черепно-мозговой травме относят:

- А. сотрясение головного мозга
- Б. массивное травматическое субарахноидальное кровоизлияние
- В. острое сдавление мозга субдуральной гематомой
- Г. острое сдавление мозга эпидуральной гематомой

Д. сдавление головного мозга подострой и хронической гематомой

213. Как часто необходимо повторять осмотр и оценку степени бодрствования пациенту с ЧМТ

- А. через 30 минут
- Б. через 2 часа
- В. через 4 часа
- Г. через 12 часов
- Д. через 24 часа

214. Непроникающей считается травма, при которой -

- А. имеется повреждение твердой мозговой оболочки
- Б. имеются раны мягких тканей с повреждением апоневроза
- В. имеется перелом свода черепа
- Г. отсутствует повреждение твердой мозговой оболочки
- Д. имеются только раны мягких тканей головы

215. Посттравматическая назоликворея или отоликворея являются признаком

- А. перелома свода черепа
- Б. перелома решетчатой кости
- В. перелома основания черепа
- Г. перелома затылочной кости
- Д. перелома стенки орбиты

216. Острый период черепно-мозговой травмы длится

- А. от 2-х недель до 2-х месяцев
- Б. несколько часов после травмы
- В. несколько суток после травмы
- Г. более 1 года после травмы
- Д. от 2х до 6-ти месяцев

217. Проникающей считается травма, при которой -

- А. имеется повреждение твердой мозговой оболочки
- Б. имеются раны мягких тканей с повреждением апоневроза
- В. имеется перелом свода черепа
- Г. отсутствует повреждение твердой мозговой оболочки
- Д. имеются только раны мягких тканей головы

218. Симптом «очков» появившийся через 12-48 часов после черепно-мозговой травмы, является признаков

- А. перелома дна передней черепной ямки
- Б. перелома пирамиды височной кости
- В. перелома свода черепа
- Г. перелома затылочной кости
- Д. формирования каротидно-кавернозного соустья

219. Черепно-мозговая травма считается закрытой, если

- А. имеются поверхностные раны мягких тканей головы с повреждением апоневроза
- Б. имеются поверхностные раны мягких тканей головы без повреждения апоневроза
- В. имеется повреждение твердой мозговой оболочки
- Г. имеется перелом основания черепа
- Д. имеются раны мягких тканей головы с повреждением твердой мозговой оболочки

220. К специфическим факторам которые могут привести к повышению внутричерепного давления при черепно-мозговой травме, относят

- А. нарушение венозного оттока из полости черепа, расстройств дыхания
- Б. нарушение сна
- В. гипотермия
- Г. рвота
- Д. все перечисленное

221. В основе патогенеза миастении лежит:

- А. нарушение выделения АцХ из пресинаптической щели;
- Б. наличие АТ к АцХ рецепторам постсинаптической мембраны
- В. нарушение передачи импульса по нервному волокну
- Г. нарушение работы K^+ каналов
- Д. нарушение работы Ca^{2+} каналов

222. Важным клиническим отличием болезни двигательного нейрона от миастении является

- А. асимметрия поражения
- Б. отсутствие глазодвигательных нарушений
- В. отсутствие чувствительных нарушений;
- Г. частый дебют с глазодвигательных нарушений
- Д. наличие мышечной слабости

223. Ведущим клиническим проявлением миастении является синдром

- А. «восковой куклы»
- Б. «зубчатого колеса»
- В. патологической мышечной дискоординации
- Г. патологической мышечной утомляемости
- Д. наличие когнитивных нарушений

224. Для дифференциальной диагностики миастении и синдрома Фишера важно наличие у пациента

- А. внутренней офтальмоплегии
- Б. мышечной слабости;
- В. наружной офтальмоплегии;
- Г. сахарного диабета.
- Д. координаторных нарушений

225. Для клинической картины миастении характерно

- А. наличие мышечных атрофий
- Б. отсутствие мышечных атрофий
- В. наличие парестезий
- Г. соответствия зоны поражения зоне иннервации периферического нерва;
- Д. четкая симметрия мышечных нарушений

226. Для миастении характерно усиление симптомов

- А. на холоде
- Б. после горячего душа
- В. после физической нагрузки
- Г. после отдыха
- Д. утром после сна

227. Для уточнения генеза миастении показано проведение

- А. компьютерной томографии головного мозга
- Б. компьютерной томографии спинного мозга
- В. компьютерной томографии средостения
- Г. магнитно-резонансной томографии спинного мозга
- Д. магнитно-резонансной томографии головного мозга

228. Миастения является:

- А. аутоиммунным заболеванием
- Б. демиелинизирующим заболеванием
- В. нейродегенеративным заболеванием
- Г. первично-мышечным заболеванием
- Д. инфекционным заболеванием

229. Неотложная терапия холинергического криза включает проведение плазмафереза и

- А. назначение больших доз препаратов калия
- Б. назначение больших доз препаратов магния
- В. назначение неостигмина метилсульфата;
- Г. немедленную отмену АХЭ-препаратов
- Д. увеличение дозы АХЭ-препаратов

230. Одна из основных причин холинергического криза это прием

- А. избыточных доз АХЭ-препаратов
- Б. избыточных доз препаратов Калия
- В. недостаточных доз АХЭ-препаратов
- Г. недостаточных доз препаратов Калия.
- Д. избыточных доз глюкокортикоидов

231. Опухоль, ассоциированная с развитием миастении, называется

А. невринома

Б. тимома

В. шваннома

Г. эпендимома.

Д. параганглиома

232. Особенностью бульбарных нарушений при миастении является

А. отсутствие дисфонии

Б. отсутствие слюнотечения

В. раннее выпадение небного и глоточного рефлекса

Г. сохранность небного и глоточного рефлекса

Д. отсутствие нарастания дисфонии после нагрузки

233. Особенностью поражения мышц конечностей и туловища при миастении является

А. развитие стойких мышечных атрофий

Б. слабость преимущественно дистальных отделов конечностей;

В. слабость преимущественно проксимальных отделов конечностей

Г. частый дебют с мышц нижних конечностей

Д. наличие фасцикуляций

234. Пациентам с миастенией противопоказаны препараты

А. калия

Б. кальция

В. магния

Г. натрия.

Д. глюкокортикоиды

235. Тенденция к более тяжелому течению миастении прослеживается у

А. пациентов с наиболее высоким уровнем ацетилхолина сыворотки крови

Б. пациентов с наиболее высокими показателями уровня аутоантител к ацетилхолиновым рецепторам

В. пациентов с наиболее высокими показателями уровня аутоантител к специфической мышечной тирозинкиназе

Г. пациентов с низкими показателями уровня аутоантител к ацетилхолиновым рецепторам

Д. серонегативных пациентов, положительных по аутоантителам к MuSK и титину

236. Для установления диагноза “эпилепсия” обязательным является наличие какого количества эпилептических припадков?

А. 2 и более

Б. 3 и более

В. достаточно одного приступа

Г. минимум 10

Д. больше 10 приступов

237. Инструментальный алгоритм обследования при эпилепсии включает:

- А. Rg черепа
- Б. МРТ головного мозга, ЭЭГ
- В. осмотр офтальмолога
- Г. КТ головного мозга
- Д. УЗДС сосудов шеи

238. Терапевтический лекарственный мониторинг АЭП — это

- А. определение концентрации АЭП в крови больного с эпилепсией независимо от приема пищи и лекарств
- Б. определение концентрации АЭП в крови больного с эпилепсией несколько раз в течение суток
- В. определение концентрации АЭП в крови больного с эпилепсией однократно
- Г. определение концентрации АЭП в крови больного с эпилепсией однократно с периодичностью 1 раз в 3 месяца
- Д. определение концентрации АЭП в крови больного с эпилепсией однократно с периодичностью 1 раз в 6 месяцев

239. К генерализованным припадкам относятся следующие виды приступов

- А. абсансы
- Б. вегетативно-висцеральные
- В. моторные
- Г. сенсорные
- Д. простые приступы с автоматизмами

240. К генерализованным припадкам не относятся следующие виды приступов

- А. моторные
- Б. вегетативно-висцеральные
- В. миоклонические
- Г. сенсорные
- Д. простые приступы с автоматизмами

241. Какие виды припадков впервые вошли в новую классификацию эпилептических припадков, принятую Международной противоэпилептической лигой в 2017 году?

- А. клонические
- Б. миоклонико-тонико-клонические
- В. тонико-клонические
- Г. тонические
- Д. атонические

242. Какой из представленных АЭП не является индуктором печеночных ферментов

- А. бензобарбитал
- Б. карбамазепин

- В. леветирацетам
- Г. фенитоин
- Д. все перечисленные

243. С какими состояниями в клинической практике наиболее часто приходится проводить дифференциальную диагностику?

- А. между эпилептическими и истерическими припадками
- Б. между эпилептическими припадками и судорогами по типу крампи
- В. между эпилептическими припадками и судорогами при бешенстве
- Г. между эпилептическими припадками и судорогами при столбняке
- Д. между эпилептическим припадками и судорогами при электролитных нарушениях

244. В настоящее время для диагностики РС (рассеянный склероз) используют критерии

- А. критерии МакДональда
- Б. критерии Пати
- В. критерии Познера
- Г. критерии Польмана
- Д. критерии Курцке

245. Возможные нежелательные явления (побочные реакции) на фоне приёме глатирамер ацетата

- А. гриппоподобный синдром в начале курса
- Б. локальные реакции в местах инъекций
- В. снижение артериального давления
- Г. усиление депрессии, эпилептического синдрома, спастического повышения мышечного тонуса
- Д. все перечисленное

246. Возможные нежелательные явления (побочные реакции) на фоне приёме финголимода

- А. брадикардия и нарушения сердечного ритма
- Б. все перечисленное
- В. гастроинтестинальные нарушения (диспепсия, тошнота, боль в животе и др.)
- Г. повышение риска инфекций на фоне лимфопении
- Д. повышение уровня ферментов печени (АЛТ, АСТ)

247. Вторично-прогрессирующий РС (рассеянный склероз) характеризуется особенностями течения

- А. наступает после периода ремиттирующего течения РС
- Б. возможны ремиссии РС
- В. наступает после первично-прогрессирующего РС
- Г. протекает с периодами ремиссий и обострений
- Д. наступает с самого начала заболевания

248. Длительность курса метилпреднизолона при обострениях РС (рассеянный склероз) варьирует по длительности в зависимости от тяжести обострения

- А. от 1 до 3 дней
- Б. от 1 до 5 дней
- В. от 3 до 5 дней
- Г. от 3 до 7 дней
- Д. от 5 до 14 дней

249. Длительность обострения РС (рассеянный склероз) должна быть

- А. от 24 часов до месяца
- Б. от 24 часов до недели до суток
- В. от недели до месяца
- Г. от нескольких минут до часа
- Д. от часа до 24 часов

250. Для очагов при РС (рассеянный склероз) по данным МРТ не типична локализация

- А. в подкорковых ядрах
- Б. в спинном мозге
- В. инфратенториально
- Г. перивентрикулярно
- Д. юкстакортикально

Перечень практических заданий (2 этап)

1. Методика исследования 7 и 5 пары черепных нервов, пробы на патологическую утомляемость мышц.
2. Проба на окуломоторные рефлексы (с-м «кукольных глаз») – условия и методика проведения.
3. Показать приемы исследования менингеальных симптомов.
4. Оказание первой врачебной помощи при эпилептическом приступе.
5. Оказание первой врачебной помощи при обмороке.
6. Выявление нарушений праксиса и гнозиса.
7. Методика исследования нарушений чувствительности и движений при поражении седалищного, малоберцового и большеберцового нерва.
8. Методика исследования нарушения речи.
9. Методика исследования нарушений чувствительности и движений при поражении локтевого, лучевого и срединного нерва.
10. Методика исследования поверхностной и глубокой чувствительности.
11. Методика исследования патологических и защитных рефлексов, рефлексов орального автоматизма.

12. Методика исследования болевых точек при заболеваниях периферической нервной системы.
13. Методика исследования функций мозжечка.
14. Методика исследования расстройств зрения, перечислить варианты изменений полей зрения.
15. Методика исследования поверхностных и глубоких рефлексов, мышечного тонуса и силы мышц.
16. Методика исследования функции тройничного нерва.
17. Методика исследования функции зрительного нерва.
18. Методика исследования глубокой и сложных видов чувствительности.
19. Методика исследования функций лицевого нерва.
20. Методика выявления патологических и защитных рефлексов, рефлексов орального автоматизма, синкинезий.
21. Методика исследования менингеальных (оболочечных) симптомов.
22. Методика исследования мышечной силы и тонуса, поверхностных и глубоких рефлексов.
23. Методика исследования вкусового анализатора.
24. Методика исследования нарушений чувствительности и движений при поражении локтевого, лучевого и срединного нерва.
25. Методика исследования болевых точек при заболеваниях периферической нервной системы.
26. Методика исследования функции тройничного нерва.
27. Методика исследования нарушений чувствительности и движений при поражении мало- и большеберцового нерва.
28. Методика исследования функции обонятельного нерва.
29. Методика исследования функций глазодвигательных нервов (III, IV, VI пара).
30. Методика исследования функций вегетативной нервной системы.

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

Теоретические вопросы

1. Синдромы поражения височных долей головного мозга.
2. Механизмы ауторегуляции мозгового кровообращения. Причины и условия его срыва.
3. Синкопальные состояния. Этиология, патогенез, клиника, принципы диагностики и терапии.
4. Тройничный нерв: строение, функции и симптомы поражения
5. Вегетативные дисфункции (вегетативно-сосудистая дистония, вегетативные пароксизмы).
6. Сотрясение и ушиб головного мозга.
7. Обонятельный анализатор: строение, функции и симптомы поражения.
8. Преходящие нарушения мозгового кровообращения. Обратимое и необратимое ишемическое повреждение головного мозга.
9. Опухоли гипофиза.

10. Двигательный анализатор (центральный и периферический моторный нейроны): строение, функции и симптомы поражения.
11. Миелиты, менингомиелиты.
12. Травматические эпи- и субдуральные гематомы.
13. Добавочный нерв: строение, функции и симптомы поражения.
14. Ишемический инсульт: патофизиологические основы ишемического процесса, «ишемическая полутень» (пенумбра), основные направления терапии. Особенности клинической симптоматики при локализации процесса в стволе головного мозга.
15. Экстрamedуллярные опухоли.
16. Внутренняя капсула: строение, функции и симптомы поражения.
17. Нарушение кровообращения в спинном мозге.
18. Субарахноидальное кровоизлияние.
19. Пути поверхностной и глубокой чувствительности: строение и симптомы поражения.
20. Эпилепсия, эпилептический статус.
21. Травматические ликвореи.
22. Экстрапирамидная система: строение, функции и симптомы поражения.
23. Полинейропатии.
24. Коматозные состояния.
25. Вестибулярный анализатор: строение, функции и симптомы поражения. Виды атаксий.
26. Сирингомиелия.
27. Опухоли головного мозга.
28. Пути поверхностной и глубокой чувствительности: строение и симптомы поражения.
29. Острый рассеянный энцефаломиелит.
30. Артериальные аневризмы сосудов головного мозга.
31. Спинной мозг на шейном и грудном уровне: строение, синдромы поражения.
32. Клещевой (весенне-летний) энцефалит.
33. Сотрясение и ушиб головного мозга.

Ситуационные задачи

Задача № 1

Мужчина 74 лет амбулаторно обратился к неврологу с жалобами на повышенную забывчивость, трудности концентрации. На приём пришёл в сопровождении дочери. Со слов дочери, накануне у больного отмечались галлюцинации: прогонял несуществующих собак с балкона своей квартиры. В течение последнего времени стал рассеянным, дважды заблудился по дороге в ближайший магазин, после чего перестал туда ходить. В прошлом – повторные эпизоды кратковременной потери сознания (в метро).

Из анамнеза: длительно страдает гипертонической болезнью с максимальным подъемом АД до 160/90 мм рт.ст. Регулярно принимает лозартан, индапамид. Инсульты, травмы головы в анамнезе отрицает.

Неврологический статус: В сознании. Речь тихая, монотонная. Критика к своему состоянию снижена. На вопросы отвечает многословно, но не по существу. В пространстве, времени, собственной личности ориентирован правильно. Когнитивные нарушения. ЧМН интактны. Парезов нет. Сухожильные рефлексы D=S, высокие, зоны не расширены. Патологических стопных и кистевых знаков нет. Мышечный тонус повышен по пластическому типу с двух сторон симметрично. Гипомимия, гипокинезия без чёткой разницы сторон. При ходьбе отмечается гипохейрокинез, D=S. Тремора нет. Нарушений чувствительности на туловище и конечностях не выявлено. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно с двух сторон. В позе Ромберга устойчив независимо от закрывания глаз. Походка: шаг негрубо укорочен, иногда шарканье.

Представлены результаты амбулаторно выполненной МРТ головного мозга – патологические изменения вещества головного мозга не выявлены.

- 1) Для уточнения особенностей имеющихся неврологических нарушений необходимо провести:
 - А. Гипервентиляционную пробу
 - Б. Оценку симптомов по шкале тревоги Спилбергера
 - В. Нейропсихологическое тестирование
 - Г. Опрос по шкале Освестри

- 2) В неврологическом статусе у пациента выявляется _____ синдром
 - А. Акинетико-ригидный
 - Б. Мозжечковый
 - В. Пирамидный
 - Г. Гиперкинетический

- 3) Пациенту с подтверждённым выраженным когнитивным дефицитом и имеющимися вышеуказанными объективными и инструментальными данными можно поставить диагноз:
 - А. Сосудистая деменция
 - Б. Деменция с тельцами Леви
 - В. Болезнь Альцгеймера
 - Г. Лобно-височная деменция.

Задача № 2

Мужчина 83 года поступил в неврологическое отделение с жалобами на прогрессивное снижение веса; трудности при произношении слов, нарушение глотания жидкости, слюнотечение, затруднение при вдохе; слабость в

конечностях, неловкость пальцев рук, нарушение письма, неустойчивость при ходьбе; произвольные подергивания мышц языка, конечностей, торса.

Первые признаки заболевания отметил около 2-х лет назад, когда появились болезненные судороги в икроножных мышцах, сменившиеся со временем произвольными подергиваниями мышц, распространяющимися на области бедер, верхних конечностей и торса. С недавних пор заметил такие же подергивания в языке, отметил прогрессирующую потерю веса с 72 до 63 кг в течение последнего года. В последний месяц развились нарушения речи в виде трудности произношения слов, эпизодические нарушения глотания твердой пищи. С вышеописанными жалобами обратился на консультацию врача-невролога и был направлен на госпитализацию в стационар.

Неврологический статус:

Менингеальные симптомы (-). ЧН: Зрачки, глазные щели D=S. Движения глазных яблок в полном объеме, установочный горизонтальный нистагм. Чувствительность на лице не нарушена. Легкая асимметрия носогубных складок. Гипотрофия височных, жевательных мышц. Слабость мимической мускулатуры (не может надуть щеки, посвистеть). Атрофия языка, фасцикуляции в языке. Мягкое небо напрягается симметрично. Девиации язычка нет. Глоточные рефлексы снижены D=S. Нижнечелюстной рефлекс усилен. Гиперсаливация. Лёгкая дисфагия (затруднение при проглатывании твердой пищи). Речь дизартрична. Симптом Маринеску-Радовичи положительный с обеих сторон. Учащённое поверхностное дыхание в покое с частотой 21 в мин. Ограничена экскурсия грудной клетки. В покое в акте дыхания участвует вспомогательная дыхательная мускулатура. Диффузная гипотрофия мышц шеи, торса, конечностей S>D, атрофия мышц тенара, гипотенара правой кисти, межкостных мышц. Тонус мышц конечностей низкий, сила снижена в тыльных сгибателях стоп до 4 баллов. Глубокие рефлексы в верхних конечностях оживлены, с расширенными рефлексогенными зонами, D<S. Рефлекс Россолимо вызывается с правой руки. Глубокие рефлексы в ногах: коленные средней живости, ахилловы и подошвенные - низкие, D=S. Патологических стопных знаков нет. Генерализованные фасцикуляции в мышцах туловища и конечностей. Глубокая и поверхностная чувствительность не нарушены. Пальце-носовую и коленно-пяточную пробы выполняет удовлетворительно. Функции тазовых органов контролирует.

- 1) На основании результатов физикального обследования можно предположить
 - А. Генерализованную миастению
 - Б. Спинальную амиотрофию у взрослых
 - В. Вертеброгенную миелопатию
 - Г. Боковой амиотрофический склероз
- 2) Инструментальным методом исследования, необходимым для постановки диагноза, является
 - А. МРТ шейного отдела позвоночника

- Б. Игольчатая ЭМГ
 - В. Стимуляционная ЭМГ
 - Г. МРТ головного мозга
- 3) Имеющиеся у больного клинические признаки слабости дыхательной мускулатуры, являются показанием к проведению
- А. Неинвазивной вентиляции лёгких
 - Б. Ингаляций кислорода
 - В. Гипербарической оксигенации
 - Г. Назначению бронходилататоров

Задача №3.

Пациент М. 78 лет в течение 20 лет страдает гипертонической болезнью, гипотензивную терапию на постоянной основе не принимал. В вечерние часы остро возникают системное головокружение, тошнота, слабость и онемение в левых конечностях. При измерении артериального давления – 190/100 мм.рт.ст., самостоятельно принимает гипотензивное средство (каптоприл) Через 2 дня в связи с сохранением симптоматики госпитализирован в стационар.

В приемном отделении пациент осмотрен дежурным неврологом: состояние средней степени тяжести, пульс 82 уд/мин, АД 170/100 мм. рт. ст., в неврологическом статусе: горизонтальный нистагм, дизартрия, неустойчивость в позе Ромберга, левосторонний центральный гемипарез до 4 баллов. Менингеальных симптомов нет.

По ЭКГ синусовый ритм.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз:

- А. Острое нарушение мозгового кровообращения в вертебрально-базилярном бассейне
- Б. Транзиторная ишемическая атака
- В. Гипертонический криз
- Г. Синдром вертебрально-базилярной артериальной системы

2. Какие исследования необходимо провести в экстренном порядке?

- А. КТ головного мозга
- Б. Р-графия черепа
- В. КТ головного мозга, КТ-ангиография
- Г. ЭЭГ с функциональными пробами

3. По результатам проведенной нейровизуализации данных за внутричерепное кровоизлияние не получено. Какова тактика лечения пациента.

- А. Гипотензивная терапия

- Б. Антиагрегантная терапия
- В. Статины
- Г. Все перечисленное

Задача №4.

Пациент Т., 68 лет, в 9:30 утра отметил затруднение в подборе слов, слабость в правых конечностях. Вызвана бригада СМП. Через 30 минут от дебюта симптоматики осмотрен врачом скорой помощи, определялись нарушения речи (пациент понимал все, что ему говорили, выполнял задания, но отвечал с трудом, ошибался в произношении слов), правосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3 баллов. АД - 130/90 мм.рт.ст. На ЭКГ - ЧСС 72 в мин., ритм синусовый.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз
 - А. Острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне левой СМА
 - Б. Транзиторная ишемическая атака
 - В. Гипертонический криз
 - Г. Синдром вертебрально-базилярной артериальной системы

2. Какие обследования экстренно необходимо провести
 - А. КТ головного мозга
 - Б. R-графия черепа
 - В. КТ головного мозга, КТ-ангиография, КТ-перфузия
 - Г. ЭЭГ с функциональными пробами

3. По результатам проведенной нейровизуализации данных за внутричерепное кровоизлияние не получено. Какую тактику лечения можно рекомендовать
 - А. Системная тромболитическая терапия
 - Б. Интраартериальный тромболитизис
 - В. Назначение антиагрегантов в нагрузочной дозе
 - Г. Назначение антикоагулянтов

Задача №5.

Пациент 33 лет во время занятий силовыми упражнениями (поднимал штангу), внезапно почувствовал сильнейшую головную боль (как удар молотком), была многократная рвота. Машиной скорой помощи был доставлен в стационар. При осмотре в больнице: сопор, положительные менингеальные симптомы.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный клинический диагноз

- А. Геморрагический инсульт
- Б. Субарахноидальное кровоизлияние
- В. ЗЧМТ, ушиб головного мозга
- Г. Ишемический инсульт

2. Какие исследования необходимо экстренно провести.

- А. Р-графия черепа в 2х проекциях
- Б. Эхоэнцефалоскопия
- В. КТ головного мозга
- Г. УЗДС брахиоцефальных артерий

3. По данным проведенной нейровизуализации выявлены гиперденсивные участки в субарахноидальных пространствах.

Какую тактику лечения предпринять?

- А. Нимодипин
- Б. Обезболивающая терапия
- В. Коррекция АД.
- Г. Все перечисленное

Задача №6.

Девушка 33 лет поступила в стационар с жалобами на слабость в ногах и руках, онемение в стопах («ощущение поролона под ногами»). Она заболела за четыре дня до поступления в больницу, когда отметила онемение и боли в ногах, к которым постепенно присоединилась слабость сначала в ногах, затем в руках и мимических мышцах лица. За две недели до поступления были проявления острой кишечной инфекции. При поступлении выявлены слабость мимических мышц с левой стороны, слабость в ногах до 2 баллов, в руках до 3 баллов, гипотония мышц, отсутствие сухожильных рефлексов с ног и с рук, положительные симптомы натяжения нервных корешков, снижение всех видов чувствительности в ногах по типу «носков».

1. Локализация поражения?

- А. Головной мозг
- Б. Периферическая нервная система
- В. Спинной мозг
- Г. Суставная система

2. Клинический диагноз?

- А. Ишемический инсульт с поражением ствола головного мозга
- Б. Острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия
- В. Миастения Гравис
- Г. Системная красная волчанка

3. Дополнительные обследования?

- А. МРТ головного мозга, вызванные потенциалы
- Б. Электронейромиография по полиневральному протоколу, люмбальная пункция
- В. УЗДС БЦА, ЭЭГ
- Г. МРТ шейного и грудного отделов позвоночника с контрастированием

4. Лечение?

- А. Пульс-терапия метилпреднизолоном
- Б. Цитостатики
- В. Плазмаферез, терапия ВВИГ
- Г. Тиоктовая кислота, ипидакрин

Задача №7.

У мужчины 53 лет появились сильные опоясывающие боли в левой половине грудной клетки, в связи с чем, был госпитализирован в кардиологическое отделение. Экстренные исследования ЭКГ и биохимического анализа крови не выявили сердечной патологии. Через два дня в левой половине грудной клетки, на уровне соска, в зоне болей появились высыпания в виде пузырьков. Осмотр невролога выявил зону гипестезии в этой же области.

1. Клинический диагноз?

- А. Опоясывающий герпес (herpes zoster)
- Б. Межреберная невралгия
- В. Дорсопатия грудного отдела позвоночника
- Г. Ветрянка

2. Лечение?

- А. Миорелаксанты, ФЗТ, сосудистые препараты
- Б. Противовирусные препараты, антигистаминные препараты, антиконвульсанты, НПВС

В. Ремиелинизаторы, антибиотики широкого спектра, тетрациклиновая мазь

Г. Иммуномодуляторы, местные антисептики.

3. Какими препаратами наиболее целесообразно купировать болевой синдром?

А. НПВС

Б. Антидепрессанты

В. Наркотические анальгетики

Г. Антikonвульсанты

Задача №8.

Пациентка 72 лет находится на амбулаторном приеме у невролога в поликлинике. Жалобы на выраженные головные боли в течение 2 дней. Известно, что длительно страдает гипертонической болезнью. 8 лет назад проведена правосторонняя мастэктомия, онкологом не наблюдается. Не курит. Алкоголь не употребляет. Аллергологический анамнез не осложнен.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 180 см. Температура тела 36,6⁰С; ЧД – 16 в минуту; ЧСС 75 уд/мин, АД 155/70 мм рт.ст.; по основным органам и системам без значимых изменений.

Неврологический статус: ориентация в месте, времени, собственной личности сохранена, контактна, фон настроения снижен, критика к своему состоянию снижена. Отмечается менингеальный синдром. Правосторонний гемипарез, правосторонняя гемигипестезия. Тазовых нарушений нет.

1. На основании имеющихся данных, можно предположить диагноз:

А. Менингоэнцефалит

Б. Внутричерепное кровоизлияние

В. Ишемический инсульт

Г. Метастатическое поражение головного мозга

2. Для подтверждения диагностической гипотезы показано выполнение исследований:

А. КТ головного мозга, МРТ головного мозга с контрастированием

Б. Рентгенография шейного отдела позвоночника

В. Обзорная краниограмма

Г. Транскраниальное дуплексное сканирование, ЭЭГ

3. Предполагаемым источником метастазирования является:

А. Саркома яичника

Б. Саркома молочной железы

В. Ст молочной железы

Г. Ст органов малого таза

Задача №9.

Мужчина 22 лет обратился к врачу-неврологу в поликлинику по месту жительства. Предъявляет жалобы на быструю утомляемость, плохую переносимость физических нагрузок, слабость в ногах, затруднения при подъеме по лестнице.

Считает себя больным в течение 4-5 лет, когда стал быстро уставать при обычных для него физических нагрузках: бег, быстрая ходьба. Перестал подтягиваться на перекладине. Постепенно присоединились затруднения при подъеме по лестнице, отжимании от пола.

Родители пациента, его брат и сестра клинически здоровы. Слабость в ногах отмечалась у бабушки пациента по линии отца, которая появилась в совершеннолетнем возрасте и медленно прогрессировала. После 40 лет передвигался в инвалидном кресле. Обследован не был, диагноз не установлен.

Неврологический статус: Функции ЧМН сохранены. Сила симметрично снижена в мышцах плечевого и тазового пояса до 3 баллов. При пробе с вставанием из положения лежа в положение стоя помогает себе руками, переступая по частям своего тела, как по лестнице. Походка «переваливающаяся», усилен поясничный лордоз. Визуальная гипертрофия задних групп мышц голени. При пальпации – мышцы плотные. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно.

1. Необходимыми для постановки диагноза инструментальным методом обследования является:
 - А. УЗДГ сосудов шеи
 - Б. Рентгенография органов грудной клетки
 - В. Игольчатая ЭМГ
 - Г. ЭЭГ

2. На основании клинической картины, семейного анамнеза, данных дополнительного обследования, можно поставить диагноз:
 - А. Дистрофическая миотония 1 типа
 - Б. Миастения
 - В. Миодистрофия Беккера
 - Г. Лице-плече-лопаточная миодистрофия

3. Симптоматическое лечение?
 - А. Цитостатики
 - Б. Антиконвульсанты

В. ГКС
Г. Всё вышеперечисленное

Задача №10.

Женщина 56 лет обратилась за консультативной помощью к неврологу с жалобами на приступы головной боли.

Известно, что с 12 лет страдает приступообразными головными болями высокой интенсивности, пульсирующего характера, преимущественно односторонней локализации в височно-теменной области, которые сопровождаются тошнотой и рвотой. Во время приступа резко снижается активность, отмечает усиление головной боли при любых движениях, что заставляет ее лежать в постели в темном помещении. Приступы часто провоцируются эмоциональными нагрузками. Ввиду провокации приступов приемом вина, полностью отказалась от алкоголя. Отмечает, что в период менструации приступы возникали в каждом цикле и характеризовались особенной интенсивностью. Длительность приступа от 12 до 24 часов. Во время беременности головные боли полностью регрессировали. На протяжении многих лет использовала для купирования приступов простые анальгетики. В возрасте 42 лет отметила резкое снижение частоты приступов и к 54 годам они полностью регрессировали. Однако после назначения гинекологом-эндокринологом менопаузальной гормональной терапии стали беспокоить головные боли, по характеру напоминающие переносимые ранее приступы цефалгии. Головные боли интенсивные и не купируются простыми и комбинированными анальгетиками. Приступы возникают в среднем с частотой 6-8 раз в месяц. Семейный анамнез отягощён: у матери и дочери пациентки наблюдаются схожие приступообразные головные боли.

Неврологический статус: Сознание ясное. Пациентка полностью ориентируется в месте, времени и собственной личности. Менингеальных знаков нет. Со стороны краниальной иннервации без особенностей. Движения в полном объеме. Слабости нет, мышечный тонус не изменен. Сухожильные рефлексы с рук и ног живые. Патологических стопных знаков нет. Чувствительных расстройств нет. В пробе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Функции тазовых органов контролирует.

1. На основании клинических признаков можно предположить диагноз
 - А. Головная боль напряжения
 - Б. Цервикокраниалгия
 - В. Мигрень без ауры
 - Г. Кластерная головная боль
2. Поводом для дополнительного обследования является
 - А. Высокая интенсивность головной боли
 - Б. Неэффективность анальгетиков

- В. Возникновение впервые в возрасте старше 50 лет
 - Г. Усиление головной боли от физической активности
3. Лекарственными средствами, рекомендуемыми для купирования головной боли являются
- А. Триптаны
 - Б. Спазмолитики
 - В. Комбинированные анальгетики
 - Г. Антигистаминные средства

Ответы

Задача №1.

- В. Нейропсихологическое тестирование
- А. Акинетико-ригидный
- Б. Деменция с тельцами Леви

Задача №2.

- Г. Боковой амиотрофический склероз
- Б. Игольчатая ЭМГ
- А. Неинвазивной вентиляции лёгких

Задача №3.

- А. Острое нарушение мозгового кровообращения в вертебрально-базиллярном бассейне
- А. КТ головного мозга
- Г. Все перечисленное

Задача №4.

- А. Острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне левой СМА
- А. КТ головного мозга
- А. Системная тромболитическая терапия

Задача №5.

- Б. Субарахноидальное кровоизлияние
- В. КТ головного мозга
- Г. Все перечисленное

Задача №6.

- Б. Периферическая нервная система
- Б. Острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия

Б. Электронейромиография по полиневральному протоколу, люмбальная пункция

В. Плазмаферез, терапия ВВИГ

Задача №7.

А. Опоясывающий герпес (herpes zoster)

Б. Противовирусные препараты, антигистаминные препараты, антиконвульсанты, НПВС

Г. Антиконвульсанты.

Задача №8.

Г. Метастатическое поражение головного мозга

А. КТ головного мозга, МРТ головного мозга с контрастированием

В. Ст молочной железы

Задача №9.

В. Игольчатая ЭМГ

В. Миодистрофия Беккера

В. ГКС

Задача №10.

В. Мигрень без ауры

В. Возникновение впервые в возрасте старше 50 лет

А. Триптаны

Каждый билет состоит из двух теоретических вопросов и одной ситуационной задачи. В ходе проведения собеседования обучающемуся задаются дополнительные (уточняющие) вопросы. Перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного экзамена уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося фиксируется в протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания.

3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

Тестирование (1 этап)

Перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования. Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение 1 этапа государственного экзамена.

Окончательное решение о допуске ко 2 этапу государственного экзамена обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на 1 этапе, в каждом отдельном случае принимается членами государственной экзаменационной комиссией.

Практические навыки и умения (2 этап)

Результаты 2 этапа оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено» / «не зачтено».

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, демонстрирует освоенные навыки и умения.

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, не способен продемонстрировать освоенные навыки и умения.

Обучающиеся, получивший оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

Собеседование (3 этап)

Результаты 3 этапа оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические

положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента

4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

1. Детская неврология и нейрохирургия : учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальности 31.05.02 "Педиатрия" по дисциплине "Нервные болезни" : в 2 томах / А. С. Петрухин, М. Ю. Бобылова. — Москва : ГЭОТАР-Медиа. Т. 1. — 2023 г. — 398 с. : ил.
2. Детская неврология и нейрохирургия : учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальности 31.05.02 "Педиатрия" по дисциплине "Нервные болезни" : в 2 томах / А. С. Петрухин, М. Ю. Бобылова. — Москва : ГЭОТАР-Медиа. Т. 2. — 2023 г. — 598 с. : ил.
3. Методы функциональной диагностики в неврологии : учебное пособие / Ковалева И. Ю., Кольцова Е. А., Кичук И. В. [и др.]. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023 г. — 140, [1] с. : ил.
4. Многоочаговые поражения головного мозга : вопросы диагностики и лечения : учебное пособие / П. Г. Шнякин, П. Г. Руденко, Н. В. Исаева [и др.]. — Красноярск : Версо, 2022 г. — 318, [1] с. : ил.
5. Современные подходы к диагностике и лечению большого нейрокогнитивного расстройства: клинические и радиологические аспекты : учебное пособие / А. А. Кулеш, О. А. Русских, В. Е. Дробаха [и др.]. — Пермь : Изд-во Пермского национального исследовательского политехнического университета, 2022 г. — 92 с. : ил.
6. Демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы : учебное пособие / К. З. Бахтиярова, Л. Р. Шарафутдинова, А. Р. Рахматуллин, М. А. Кутлубаев. — Уфа : БГМУ, 2022 г. — 85 с. : ил.
7. Неврология и нейрохирургия : в 2 т. : учебник / Е. И. Гусев, А. Н.

- Коновалов, В. И. Скворцова. — 5-е издание, дополненное. — Москва : ГЭОТАР-Медиа. Т. 1 : Неврология. — 2022 г. — 671 с. : ил.
8. Неврология и нейрохирургия : в 2 т. : учебник / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. — 5-е издание, дополненное. — Москва : ГЭОТАР-Медиа. Т. 2 : Нейрохирургия. — 2022 г. — 382 с. : ил.
 9. Ситуационные задачи по общей и частной неврологии: учебное пособие / В. А. Парфенов, М. Р. Нодель, Н. Н. Яхно [и др.]. — Москва : Медицинское информационное агентство, 2022 г. — 346 с. : ил.
 10. Неэпилептические пароксизмальные расстройства у детей : учебное пособие / А. С. Котов, К. В. Фирсов. — Москва : МОНИКИ, 2022 г. — 91 с.
 11. Идиопатические воспалительные демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы : учебное пособие / З. А. Гончарова, Ю. Ю. Погребнова, Сехвейл М. М. Салах, [и др.]. — Москва : Знание-М, 2022 г. — 142 с. : ил.
 12. Алгоритмы диагностики у пациентов с транзиторной ишемической атакой и ишемическим инсультом : учебное пособие / Виноградов О. И., Яковлева Д. В., Каньшина Д. С. [и др.]. — Москва : Третьяков, 2021 г. — 81 с. : ил.
 13. Неотложные состояния в неврологии : учебное пособие / Людмила Витальевна Стаховская, Николай Анатольевич Шамалов, Евгения Александровна Кольцова [и др.]. — 2-е изд. — Москва : МЕДпресс-информ, 2021 г. — 237, [1] с. : ил.
 14. Нервные болезни : учебник / А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец. — 11-е изд. — Москва : МЕДпресс-информ, 2021 г. — 584 с. : ил.
 15. Детская неврология : учебное пособие / Л. О. Бадалян. — 6-е изд. — Москва : МЕДпресс-информ, 2021 г. — 605 с. : ил.
 16. Тремор: клиника, диагностика и лечение : учебное пособие / Северо-Восточный федеральный университет имени М. К. Аммосова, Медицинский институт, Клиника СВФУ [и др.]. — Иркутск : Мегапринт, 2021 г. — 108 с. : ил.
 17. Практикум по неврологии : учебное пособие / Ноздрюхина Н. В. [и др.]. — Изд. 8-е, испр. и доп. — Москва : Российский университет дружбы народов, 2020 г. — 162, [1] с., [10] л. ил.
 18. Избранные лекции по неврологии : учебное пособие для самостоятельной работы врачей курсов повышения квалификации / сост.: Е. И. Гусев [и др.]. — 2-е изд. — Москва : [б. и.], 2020 г. — 307 с.
 19. Дегенеративные заболевания нервной системы (этиология, генетика, патогенез, неврологические синдромы, диагностика, терапия) : учебное пособие / В. В. Никитина, Е. Р. Баранцевич, А. А. Яковлев. — Санкт-Петербург : РИЦ ПСПбГМУ, 2020 г. — 35 с. : ил.
 20. Невропатия тройничного нерва : учебно-методическое пособие / [Амхадова М. А. и др.]. — Москва : МОНИКИ, 2019 г. — 19 с.
 21. Нейродегенеративные заболевания с преимущественным поражением экстрапирамидной системы : учебное пособие / Попова Т. Е., Таппахов А. А., Говорова Т. Г., Давыдова Т. К. / Якутский научный центр

комплексных медицинских проблем, Северо-Восточный федеральный университет имени М. К. Аммосова, Медицинский институт. — Иркутск : Мегапринт, 2019 г. — 119 с. : ил.

22. Болезнь Паркинсона и синдромы паркинсонизма : учебное пособие / И. В. Литвиненко [и др.]. — Казань : Бук, 2018 г. — 53 с. : ил.