



**Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Саратовский государственный медицинский университет  
имени В. И. Разумовского»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России)**

**ПРИНЯТА**

Ученым советом ИПКВК и ДПО ФГБОУ ВО  
Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского  
Минздрава России  
Протокол от 24.06.2022 № 5  
Председатель ученого совета,  
директор ИПКВК и ДПО

И. О. Бугаева

**УТВЕРЖДАЮ**

Начальник ОПКВК  
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И.  
Разумовского Минздрава России  
Н.В. Щуковский  
« 31 » августа 2022\_ г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «НЕВРОЛОГИЯ»  
ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ**

*Блок 1, вариативная часть, обязательные дисциплины, Б1.В.ОД.1*

**СПЕЦИАЛЬНОСТЬ  
31.08.47 РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ**

ФГОС ВО утвержден приказом 1090  
Министерства образования и науки РФ  
от 25 августа 2014 года

Квалификация  
Врач-рефлексотерапевт  
Форма обучения  
**ОЧНАЯ**

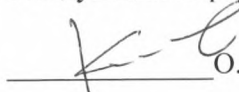
Нормативный срок освоения ОПОП – 2 года

**ОДОБРЕНА**

на учебно-методической конференции кафедры  
Неврологии им. К. Н. Третьякова

Протокол от 16.06.22 г. № 11

Заведующий кафедрой:

  
О.В. Колоколов

# 1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

## 1.1. Цель и задачи освоения дисциплины

### Цель освоения дисциплины «Неврология»

- подготовка квалифицированного врача-специалиста, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях первичной медико-санитарной помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи; паллиативной медицинской помощи.

### Задачи освоения дисциплины «Неврология»:

1. обеспечить общепрофессиональную подготовку врача-специалиста, включая основы неврологии; вопросы этиологии, патогенеза, клинических проявлений заболеваний, трактовки результатов лабораторных и функциональных исследований, постановки диагноза, определения видов и этапов лечения с учетом современных достижений медицины;
2. обеспечить овладение необходимым уровнем знаний по общей и частной неврологии; обучение проведению полного объема лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий среди пациентов с различными заболеваниями нервной системы;
3. совершенствовать знания, умения, навыки клинической, лабораторной и функциональной диагностики, инструментального и аппаратного исследований в целях формирования умений оценки результатов исследований, проведения дифференциальной диагностики, определения прогноза заболеваний, выбора оптимальных схем адекватного лечения больных неврологического профиля;
4. совершенствовать знания по фармакотерапии, включая вопросы фармакодинамики, фармакокинетики, фармакогеномики; оценке показаний, противопоказаний, предупреждений и совместимости при назначении лечебных препаратов;
5. совершенствовать знания основ медицинского страхования, вопросов организации неврологической помощи, основ санитарно-эпидемиологического режима, мероприятий по профилактике и реабилитации больных неврологического профиля, а также ведение медицинской документации, в том числе учетно-отчетной.
6. совершенствовать знания основ медицинской этики и деонтологии врача, основ медицинской психологии в зависимости от выявленной патологии и характерологических особенностей пациентов.

## 2. Перечень планируемых результатов:

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями (УК)**:

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

Выпускник программы ординатуры должен обладать **профессиональными компетенциями (ПК)**, соответствующими виду (видам) профессиональной деятельности, на который (которые) ориентирована программа ординатуры:

- **профилактическая деятельность:**

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

- **диагностическая деятельность:**

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

- **лечебная деятельность:**

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи (ПК-6);

- **реабилитационная деятельность:**

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

- **психолого-педагогическая деятельность:**

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

- **организационно-управленческая деятельность:**

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11).

## 2.1. Планируемые результаты обучения

№ п/п	номер/индекс компетенции	содержание компетенции (или ее части)	в результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			
			знать	уметь	владеть	оценочные средства
1	2	3	4	5	6	7
1	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<p>познавательные психические процессы (ощущения, восприятие, внимание, память, мышление, воображение, речь); основы аргументации, публичной речи, ведения дискуссии и полемики;</p>	<p>использовать профессиональные и психолого-педагогические знания в процессах формирования клинического мышления, врачебного поведения, усвоения алгоритма врачебной деятельности при решении практических задач врача-невролога;</p> <p>использовать в практической деятельности навыки аргументации, публичной речи, ведения дискуссии и полемики, практического анализа и логики различного рода рассуждений;</p> <p>использовать профессиональные и психолого-педагогические знания в процессе выстраивания взаимоотношений с пациентом, с коллегами;</p> <p>использовать</p>	<p>навыками формирования клинического мышления, врачебного поведения, усвоения алгоритма врачебной деятельности в решении профессиональных и лечебных задач на основе клинико-анатомических сопоставлений, структуры, логики и принципов построения диагноза;</p>	<p>собеседование;</p>

				<p>профессиональные и психолого-педагогические знания в научно-исследовательской, профилактической и просветительской работе;</p>		
2	УК-2	<p>готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;</p>	<p>основы медицинской психологии; психологию личности (основные теории личности, темперамент, эмоции, мотивация, воля, способности человека); основы возрастной психологии и психологии развития; основы социальной психологии (социальное мышление, социальное влияние, социальные отношения); определение понятий "этика", "деонтология", "медицинская деонтология", "ятрогенные заболевания", риск возникновения ятрогенных заболеваний в неврологической практике;</p>	<p>бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия; брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий; принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность; работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, пациентами; соблюдать этические и деонтологические нормы в общении;</p>	<p>способностью четко и ясно изложить свою позицию при обсуждении различных ситуаций; навыками управления коллективом, ведения переговоров и межличностных бесед; способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим персоналом, пациентами и их родственниками;</p>	<p>собеседование;</p>

3	ПК-1	<p>готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;</p>	<p>новые современные методы профилактики заболеваний и патологических состояний в неврологии; основы медико-генетического консультирования в семьях,отягощенных наследственными заболеваниями нервной системы; факторы, влияющие на развитие неврологической патологии, включая острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК); знать природные и медико-социальные факторы среды, влияющие на развитие неврологических заболеваний;</p>	<p>выявить факторы риска развития той или иной неврологической патологии, включая ОНМК, и организовать проведение мер их профилактики; проводить санитарно-просветительную работу по пропаганде здорового образа жизни, предупреждению развития неврологической заболеваемости; осуществлять общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом возрастно-половых групп и состояния здоровья; проводить санитарно-просветительскую работу по вопросам профилактики неврологической патологии, включая ОНМК, инфекционные заболевания нервной системы; оценить роль природных и медико-социальных факторов в развитии неврологической патологии в каждом конкретном случае и наметить пути</p>	<p>владеть основами этики, деонтологии при проведении лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий, в том числе при ОНМК, наследственных заболеваниях нервной системы;</p>	<p>тестовый контроль; ситуационные задачи (разноуровневые); собеседование;</p>
---	------	---	--	--	---	--

				профилактики;		
4	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;	организацию и проведение диспансеризации населения, анализ ее эффективности; основные направления профилактических мероприятий в неврологической практике, направленные на сохранение здоровья населения; основы формирования групп диспансерного наблюдения в условиях первичного звена; основы первичной и вторичной профилактики ОНМК; законодательство об охране здоровья населения, в том числе порядки оказания помощи неврологическим больным и больным с ОНМК; вопросы временной и стойкой утраты трудоспособности, врачебно-трудовой экспертизы в неврологии;	осуществлять диспансеризацию и оценивать ее эффективность; проводить профилактические осмотры и диспансеризацию населения; проводить реабилитацию неврологических больных, в том числе после ОНМК, при заболеваниях ПНС, при последствиях травм нервной системы, после хирургического лечения больных неврологического профиля; участвовать в разработке профилактических программ с целью снижения заболеваемости и смертности больных ОНМК; оказывать профилактическую и медико-социальную помощь пациентам, находящимся в группе риска; определить порядок наблюдения за больными с различной неврологической патологией;	методикой проведения санитарно-просветительной работы; методикой наблюдения за больными, находящимся в группе риска по неврологическим заболеваниям; алгоритмом наблюдения за больными, находящимися в группе риска по неврологическим заболеваниям;	собеседование;

				<p>решить вопрос о трудоспособности пациента; оценить эффективность диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;</p>		
5	ПК-5	<p>готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);</p>	<p>содержание международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); роль причинных факторов и причинно-следственных связей в возникновении типовых патологических процессов и болезней; закономерности изменения диагностических показателей при различных патологических процессах нервной системы; последовательность объективного обследования больных с заболеваниями нервной системы; диагностические (клинические, лабораторные, инструментальные) методы обследования, применяемые в неврологической практике;</p>	<p>анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомио-физиологических основ, основные методики клинико-лабораторного обследования и оценки функционального состояния организма для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов; выявлять основные патологические симптомы и синдромы, анализировать закономерности функционирования органов и систем при различных заболеваниях; использовать алгоритм постановки диагноза с учетом МКБ; выполнять основные диагностические</p>	<p>отраслевыми стандартами объемов обследования в неврологии; методами совокупной оценки результатов проведенного обследования (интерпретация данных опроса, физикального осмотра, клинического обследования, результатов современных лабораторно-инструментальных обследований, морфологического анализа биопсийного и секционного материала), позволяющими определить диагноз; методикой оценки показателей гемодинамики, функции органов дыхания, почек, печени, свертывающей системы;</p>	<p>тестовый контроль; ситуационные задачи (разноуровневые); собеседование;</p>



				<p>мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний;</p>	<p>алгоритмом определения плана в каждом случае клиничко-лабораторного исследования; методикой неврологического обследования; методами диагностики плановой и ургентной неврологической патологии; методикой определения и оценки психологического состояния пациента, методиками определения и оценки функционального состояния организма; методикой оценки результатов обследования неврологических пациентов; методикой оценки анамнеза и особенностей течения неврологических заболеваний; участие в комплексной оценке противопоказаний к сохранению беременности у беременных неврологического профиля;</p>	
--	--	--	--	--	---	--

6	ПК-6	<p>готовность к лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи;</p>	<p>возрастные периоды развития организма, основные анатомические и функциональные изменения нервной системы в возрастном аспекте;  причины возникновения патологических процессов в организме человека, механизмы их развития и клинические проявления;  физиологию и патологию нервной системы;  группы риска;  клиническую симптоматику и терапию неотложных состояний, в неврологии, их профилактику;  основы клинической фармакологии, фармакокинетики и фармакотерапии лекарственных препаратов, для лечения больных с неврологической патологией, в том числе во время беременности и у детей;  анатомию головного и спинного мозга, периферических нервов, их возрастную и индивидуальную изменчивость;  топическую диагностику заболеваний нервной системы;</p>	<p>организовать лечебно-диагностический процесс в различных условиях (стационар, амбулаторно-поликлинические учреждения, дневной стационар поликлиники, стационар на дому) в объеме, предусмотренном квалификационной характеристикой врача-невролога;  оказывать в полном объеме лечебные мероприятия при плановой и ургентной неврологической патологии проводить лечение пациентов с различной неврологической патологией, в том числе при ОНМК, заболеваниях ПНС, последствиях травм нервной системы, наследственных заболеваниях;  выработать план ведения больных неврологического профиля различного возраста;  проводить дифференциальный подход к составлению плана ведения больного с</p>	<p>отраслевыми стандартами лечения в неврологии; способностью к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие, принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях оптимизации лечебной тактики;</p>	<p>тестовый контроль;  ситуационные задачи (разноуровневые);  собеседование;</p>
---	------	---	---	---	--	--

			<p>приемы и методы обезболивания;</p> <p>основы инфузионной терапии и реанимации в неврологии;</p> <p>технику безопасности при работе с аппаратурой;</p> <p>современные методы обеспечения асептики и антисептики в неврологической практике;</p>	<p>различной неврологической и соматической патологией;</p> <p>оказывать реанимационные мероприятия при ургентной неврологической патологии;</p> <p>своевременно определить показания для консультации нейрохирургом;</p> <p>оценивать показания и противопоказания к проведению люмбальной пункции, владеть методикой проведения диагностической люмбальной пункции;</p>		
7	ПК-8	<p>готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;</p>	<p>основы физиотерапии и лечебной физкультуры в неврологии;</p> <p>показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;</p> <p>эфферентные методы немедикаментозной терапии в неврологии и показания к их применению;</p> <p>методы профилактики и лечения, так называемой, традиционной медицины, а также методы лечения альтернативной медицины;</p> <p>порядок определения необходимого двигательного режима в плановых и ургентных случаях;</p>	<p>определить показания и противопоказания к назначению физиотерапевтических процедур;</p> <p>определить показания и противопоказания к назначению лечебной физкультуры;</p> <p>определить показания к консультации фитотерапевта;</p> <p>определить показания к консультации гомеопата;</p> <p>определить показания и противопоказания к назначению санаторно-курортного лечения;</p>	<p>методикой простейших элементов дыхательной гимнастики и лечебной физкультуры в плановых и ургентных случаях;</p> <p>выбором оптимального режима двигательной активности в плановых и ургентных случаях;</p>	<p>тестовый контроль;</p> <p>собеседование;</p>

			<p>механизм действия физиотерапевтических процедур; показания и противопоказания к проведению физиотерапевтического, в том числе водолечения и грязелечения при неврологических заболеваниях;</p>	<p>выбрать оптимальное время для проведения физиотерапевтического лечения при неврологических заболеваниях; выбрать оптимальное время для проведения санаторно-курортного лечения при заболеваниях нервной системы;</p>		
8	ПК-9	<p>готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;</p>	<p>основные принципы здорового образа жизни влияние алкоголя, никотина, лекарственных и наркотических препаратов на нервную систему и организм в целом; основы рационального питания и принципы диетотерапии в неврологической практике;</p>	<p>вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей; доходчиво объяснить пациентам и их родственникам важность для организма ведения здорового образа жизни и устранения вредных привычек; доходчиво объяснить пациентам (особенно входящих в группу риска по ОНМК) и их родственникам основы рационального питания и принципы диетотерапии;</p>	<p>принципами общения с пациентами и их родственниками; принципами этических и деонтологических норм в общении;</p>	<p>тестовый контроль; собеседование;</p>

**2.22.2. МАТРИЦА ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В СООТВЕТСТВИИ С ФГОС ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.47  
РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ (УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ), РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ОЦЕНОЧНЫЕ  
СРЕДСТВА И ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ**

Блоки и дисциплины учебного плана ОПОП ВО	БЛОК 1								БЛОК 2		БЛОК 3	Факультативные дисциплины		
	Базовая часть				Вариативная часть				Практики		Базовая часть			
	Обязательные дисциплины				Обязательная часть		Дисциплины по выбору							
	Рефлексотерапия	Педагогика	Медицина чрезвычайных ситуаций	Общественное здоровье и здравоохранение	Патология	Неврология	Симуляционное обучение	Рефлексотерапия в легкой неврологии и педиатрии	Рефлексотерапия в гериатрии (адапт)	Производственная (клиническая) практика (базовая часть): дискретная форма, стационарная	Производственная (клиническая) практика (вариативная часть): дискретная форма, стационарная/выездная	Государственная итоговая аттестация	Основные вопросы реабилитации	Фтизиатрия
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
<b>Универсальные компетенции</b>														
УК-1: готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	×			×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
УК-2: готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	×			×		×		×	×	×	×	×	×	×
УК-3: готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего		×										×		

медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения													
<b>Профессиональные компетенции</b>													
<b>Профилактическая деятельность</b>													
ПК-1: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	×				×		×	×	×	×	×	×	×
ПК-2: готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	×				×		×	×	×	×	×	×	×

ПК-3: готовность к проведению противозидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях			×							×	×	×		
ПК-4: готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	×			×		×		×	×	×	×	×	×	
<b>Диагностическая деятельность</b>														
ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	×				×	×	×	×	×	×	×	×	×	
<b>Лечебная деятельность</b>														
ПК-6: готовность к применению методов рефлексотерапии пациентам, нуждающимся в оказании медицинской помощи	×					×	×	×	×	×	×	×	×	×
ПК-7: готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации			×							×	×	×		
<b>Реабилитационная деятельность</b>														
ПК-8: готовность к применению природных лечебных факторов,	×					×		×	×	×	×	×	×	





	дисциплине) - зачет	Практико-ориентированные вопросы	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×		×	×	
		Решение ситуационных задач	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×		×	×	
	Промежуточная (по дисциплине) - зачет	Тестовый контроль	×				×	×	×	×	×	×	×		×	×	
		Практико-ориентированные вопросы	×				×	×	×	×	×	×	×		×	×	
		Решение ситуационных задач	×				×	×	×	×	×	×	×		×	×	
	Промежуточная (по дисциплине) - экзамен	Тестовый контроль		×	×	×											
		Практико-ориентированные вопросы		×	×	×											
		Решение ситуационных задач		×	×	×											
	Государственная итоговая аттестация (государственный экзамен)	Тестовый контроль	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×				
Практико-ориентированные вопросы		×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
Решение ситуационных задач		×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					

### 2.3. Сопоставление описания трудовых функций профессионального стандарта с требованиями к результатам освоения учебной дисциплин по ФГОС ВО (формируемыми компетенциями)

Профессиональный стандарт	Требования к результатам подготовки по ФГОС ВО (компетенции)	Вывод о соответствии
ОТФ: Применение рефлексотерапии при заболеваниях и (или) состояниях	ВПД: профилактическая, диагностическая, лечебная, реабилитационная, психолого-педагогическая, организационно-управленческая	соответствует
ТФ 1: Проведение обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями с целью назначения рефлексотерапии	УК-1, 2 ПК-1, 5, 8	соответствует
ТФ 2: Назначение рефлексотерапии при заболеваниях и (или) состояниях	УК-1, 2 ПК-6, 8	соответствует
ТФ 3: Проведение и контроль эффективности применения рефлексотерапии при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, 2 ПК-6, 8	соответствует
ТФ 4: Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	УК-1, 2 ПК-1, 2, 4, 5, 9	соответствует
ТФ 5: Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	УК-1, 2 ПК- 4, 10, 11	соответствует
ТФ 6: Оказание медицинской помощи в экстренной форме	УК-1, 2 ПК-1, 6	соответствует

В профессиональном стандарте не нашли отражения следующие компетенции выпускника программы ординатуры по специальности 31.08.47 Рефлексотерапия: УК-3, ПК-3, 7, 12.

### 3. Место дисциплины в структуре основной образовательной программы

Дисциплина «Неврология» относится к Блоку 1 вариативной части обязательных дисциплин (Б1.В.ОД.1) части федерального государственного стандарта высшего образования по специальности 31.08.47 «Рефлексотерапия».

Для освоения данной учебной дисциплины необходимы знания, умения, навыки, сформированные предшествующими дисциплинами специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия».

Учебная дисциплина не имеет последующих учебных дисциплин (модулей).

Обучение завершается проведением зачетного собеседования в 3 семестре.

#### 4. Общая трудоемкость дисциплины и виды учебной работы

Общая трудоемкость учебной дисциплины составляет 2 зачетные единицы (72 акад. часа)

##### 4.1. Трудоемкость учебной дисциплины и виды учебной работы

Вид учебной работы		Трудоемкость		Количество часов в году	
		Объем в зачетные единицы (ЗЕТ)	Объем в академических часах (час.)	1-й год	2-й год
1		2	3	4	5
<b>Аудиторная (контактная) работа, в том числе:</b>					
лекции (Л)			4 ч		4 ч
практические занятия (ПЗ)		1,4 ЗЕТ	50 ч		50 ч
<b>Внеаудиторная работа</b>					
<b>Самостоятельная работа обучающегося (СРО)</b>		0,1 ЗЕТ	18 ч		18 ч
<b>Вид рубежной аттестации</b>	Зачет	0	0	0	3
<b>ИТОГО общая трудоемкость</b>	час.		72		72 ч
	ЗЕТ	2	2		2

#### 5. Структура и содержание учебной дисциплины “Неврология”:

Дисциплина рассчитана на 2 год обучения.

### 5.1. Разделы, содержание учебной дисциплины, осваиваемые компетенции и формы контроля

№ п\п	Индекс компетенции	Наименование раздела учебной дисциплины (модуля)	Содержание раздела в дидактических единицах, формируемые компетенции и трудовые действия	Формы контроля
1	2	3	4	
<b>Неврология</b>				
Б1.Б1.1	УК - 1; УК - 2; ПК - 1; ПК - 2; ПК - 5; ПК - 6; ПК - 8; ПК - 9	Сосудистые заболевания нервной системы.	<p>Кровоснабжение головного мозга и его регуляция. Хроническая недостаточность мозгового кровообращения. Преходящие нарушения мозгового кровообращения Инфаркт головного мозга (ишемический инсульт). Геморрагический инсульт. Аневризмы артерий мозга (интракраниальные аневризмы). Нарушение венозного кровообращения головного мозга. Нарушения кровообращения спинного мозга.</p> <p><b><u>Универсальные компетенции (УК):</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);</li> <li>➤ Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2).</li> </ul> <p><b><u>Профессиональные компетенции (ПК)</u></b></p> <p>Профилактическая деятельность</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного</li> </ul>	<p>Ситуационные задачи Тестовый контроль Практические навыки</p>

			<p>влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);</li> </ul> <p>Диагностическая деятельность:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);</li> </ul> <p>Лечебная деятельность:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи (ПК-6);</li> </ul> <p>Реабилитационная деятельность:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8).</li> </ul> <p>Психолого-педагогическая деятельность:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);</li> </ul> <p><b><u>Необходимые знания (знать):</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при неврологических заболеваниях и/или состояниях</li> <li>● Стандарты оказания первичной медико-санитарной помощи,</li> </ul>	
--	--	--	--	--

			<p>специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при неврологических заболеваниях и/или состояниях</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Федеральные клинические рекомендации (протоколы лечения) по оказанию медицинской помощи пациентам с неврологическими заболеваниями</li><li>● Основы законодательства о здравоохранении и нормативно-правовые документы, определяющие деятельность медицинских организаций</li><li>● Анатомическое строение центральной и периферической нервной системы, строение оболочек и сосудов мозга, строение опорно-двигательного аппарата</li><li>● Основные физикальные методы обследования нервной системы</li><li>● Основы топической и синдромологической диагностики неврологических заболеваний:<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Принципы организации произвольного движения, механизмы регуляции мышечного тонуса, координаторные нарушения, клинические особенности различных типов атаксий, симптомы и синдромы поражений мозжечка. Признаки центрального и периферического пареза.</li><li>✓ Типы расстройств чувствительности</li><li>✓ Знание основных альтернирующих синдромов при поражении ствола головного мозга</li><li>✓ Знание основных дислокационных синдромов (супратенториального и субтенториального вклинения)</li><li>✓ Синдромы поражения лобной, височной, теменной, затылочной долей, лимбической системы, таламуса,</li></ul></li></ul>	
--	--	--	--	--

			<p>гипоталамуса и гипофиза</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Нарушение высших мозговых функций</li><li>• Этиологию, патогенез, диагностику и клинические проявления основных заболеваний и/или состояний нервной системы:<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Сосудистые заболевания головного мозга, острые нарушения мозгового кровообращения</li><li>✓ Хроническая ишемия головного мозга</li><li>✓ Деменции и когнитивные расстройства</li></ul></li><li>• Состояния, требующие неотложной помощи. Основы базовой сердечно-легочной реанимации</li><li>• Современные методы клинической, лабораторной, инструментальной, нейрофизиологической диагностики заболеваний нервной системы</li><li>• Показания к госпитализации в неврологический стационар и отделение нейрореанимации</li><li>• Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания, правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации</li><li>• Клинические рекомендации по диагностике и лечению неврологических заболеваний и/или состояний</li><li>• Механизм действия основных групп лекарственных веществ и медицинских изделий, применяемых в неврологии; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения и побочные действия</li><li>• Принципы действия приборов для наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции), правила выполнения наружной электроимпульсной терапии</li></ul>	
--	--	--	--	--

			<p>(дефибрилляции) при внезапном прекращении кровообращения и/или дыхания</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Принципы реабилитации неврологических больных</li> <li>• Ранняя и поздняя реабилитационные программы для пациентов с инсультом</li> <li>• Реабилитационные программы для пациентов с нарушением походки</li> <li>• Реабилитационные программы для пациентов с различными видами атаксий</li> <li>• Показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов с неврологическими заболеваниями и/или состояниями</li> <li>• Организация ухода за неврологическими больными</li> <li>• Этиология и патогенез сосудистых заболеваний головного мозга</li> <li>• Основы реабилитации больных, перенесших инсульт</li> <li>• Основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения</li> <li>• Общие вопросы организации паллиативной помощи пациентам</li> <li>• Применение физиотерапии и лечебной физкультуры в рамках оказания паллиативной помощи</li> <li>• Основы рационального питания и принципы диетотерапии в неврологической клинике</li> </ul> <p><b><u>Необходимые умения (уметь):</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Способность общаться с пациентом и/или его родственниками на понятном им (русском) языке.</li> </ul>	
--	--	--	--	--



			<p>Способность донести информацию о заболевании простым языком.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Анализировать и интерпретировать полученную информацию при сборе жалоб от пациента</li><li>• Проводить физикальное обследование пациента (внешний осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, температуры, пульсметрия)</li><li>• Исследовать и интерпретировать неврологический статус:<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Оценка уровня сознания (ясное, оглушение, сопор, кома, делирий)</li><li>✓ Оценка общемозговых симптомов (уровень контакта с больным, ориентировка в месте, времени, собственной личности)</li><li>✓ Оценка менингеальных симптомов (ригидность мышц шеи, симптомы Кернига, Брудзинского, Бехтерева)</li><li>✓ Исследование черепных нервов: выявление нарушений обоняния, оценка изменения остроты зрения и полей зрения, оценка фотореакций; исследование объема движений глазных яблок, выявление анизокории, диплопии, страбизма, ограничение взора, коркового и стволового пареза взора; выявление признаков нарушений чувствительности на лице – периферический (ядерное поражение, поражение корешка, ветви нерва), центральный тип, нарушение жевания; оценка функций мимических мышц, выявление центрального и периферического поражения мимических мышц, оценка функции слезной железы, выявление гиперакузии, нарушения вкуса на передней 2/3 языка; выявление признаков поражения вестибуло-кохлеарного нерва,</li></ul></li></ul>	
--	--	--	--	--

			<p>оценка нистагма, вестибулярного и невестибулярного головокружения, снижения слуха; оценка функций каудальной группы черепных нервов, оценка подвижности мягкого неба, глоточного рефлекса, глотания, фонации, вкусовой функции на задней 1/3 языка, вегетативных нарушений, поднимания плеч, поворота головы в стороны, нарушение артикуляции, атрофии мышц языка и нарушение движений языка</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Выявление альтернирующих синдромов, бульбарного и псевдобульбарного синдромов, выявление и оценка симптомов орального автоматизма</li><li>✓ Исследование произвольных движений, оценка объема и силы движений. Выявление нарушений мышечного тонуса. Вызывать и оценивать глубокие и поверхностные рефлексы. Вызывать патологические пирамидные рефлексы, защитные спинальные рефлексы, клonusy, синкинезии. Оценивать мышечные атрофии, фибрилляции и фасцикуляции</li><li>✓ Исследование чувствительности (поверхностной, глубокой). Выявление невральных, корешковых, сегментарных спинальных, проводниковых (спинальных или стволовых) и корковых расстройств чувствительности</li><li>✓ Оценивать координацию движений, оценивать выполнение координаторных проб, оценивать ходьбу, исследовать равновесие в покое, выявлять основные симптомы атаксии</li><li>✓ Оценить высшие корковые функции (речь, гнозис, праксис, чтение, письмо, счет, память, внимание,</li></ul>	
--	--	--	---	--

			<p>интеллект) и их расстройство</p> <p>✓ Выявление вегетативных нарушений, нарушение терморегуляции, потоотделения, трофических расстройств, нарушение тазовых функций</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Обосновывать и составлять план обследования неврологического пациента</li><li>• Обосновывать необходимость и объем лабораторного обследования</li><li>• Обосновывать необходимость и объем инструментального обследования (КТ, МРТ, ПЭТ, методы функциональной нейровизуализации, рентгенография, офтальмоскопия)</li><li>• Обосновывать необходимость нейрофизиологического обследования (ЭЭГ, ЭНМГ, РЭГ, ЭхоЭГ, ВП, УЗДС/ДС/ТС/УЗДГ/ТКД, транскраниальная магнитная стимуляция)</li><li>• Проводить лекарственные пробы (прозеринавая проба, аспириновая проба)</li><li>• Выполнять люмбальную пункцию</li><li>• Обосновывать направление пациента к врачам-специалистам, нейропсихологу</li><li>• Интерпретировать и анализировать результаты осмотра специалистами пациентов с неврологическими заболеваниями</li><li>• Выявлять общие и специфические признаки неврологического заболевания</li><li>• Устанавливать синдромологический и топический диагноз</li><li>• Использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом Международной</li></ul>	
--	--	--	---	--

			<p>статистической классификации болезней (МКБ)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Проводить дифференциальную диагностику неврологических заболеваний и/или состояний</li><li>• Выявлять клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания</li><li>• Разрабатывать оптимальный план лечения взрослых и детей с неврологическими заболеваниями и/или состояниями в соответствии с действующими порядками, стандартами оказания медицинской помощи, федеральными клиническими рекомендациями</li><li>• Подбор индивидуальных доз лекарственного препарата в зависимости от возраста, пола и сопутствующих заболеваний. Выбор способа и места введения препарата, умение выполнения наиболее распространённых медикаментозных блокад</li><li>• Мониторинг и оценка побочных действий лекарственных средств</li><li>• Информирование пациента доступным языком о необходимости и важности длительного и непрерывного лечения</li><li>• Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации в сочетании с электроимпульсной терапией (дефибрилляцией)</li><li>• Определение необходимости, целесообразности и объема реабилитационных программ</li><li>• Организация ухода за неврологическим больным с нарушением двигательных функций</li><li>• Выявление эмоциональных расстройств и их коррекция на</li></ul>	
--	--	--	--	--

			<p>всем протяжении выполнения реабилитационных программ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Обеспечение непрерывности выполнения реабилитационных программ</li><li>• Оценка эффективности и безопасности проведения реабилитационных программ</li><li>• Формулировать развернутое заключение по выбору методики реабилитационной программы</li><li>• Использование шкал для определения когнитивного статуса (КШОПС, тест запоминание 12 слов, тест рисования часов)</li><li>• Использование шкалы стратификации риска инсульта</li><li>• Использование в лечебной деятельности методов первичной и вторичной профилактики на основе доказательной медицины</li><li>• Оценить тяжесть состояния пациента, принять необходимые меры для выведения его из этого состояния</li><li>• Проведение базовой сердечно-легочной реанимации</li><li>• Обосновать схему, план и тактику ведения пациента. Дать оценку течения заболевания, предусмотреть возможные осложнения и осуществить их профилактику</li><li>• Решить вопрос о трудоспособности пациента</li><li>• Оформить медицинскую документация, предусмотренную законодательством</li></ul> <p><b><u>Трудовые действия (владеть):</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Получение информации у пациентов с неврологическими заболеваниями и/или состояниями и их законных представителей</li><li>• Предоставление информированного согласия пациентам с неврологическими заболеваниями и состояниями и/или их</li></ul>	
--	--	--	---	--

			<p>законным представителям для проведения обследования и дальнейшего лечение</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Предоставление информации о предполагаемом заболевании</li><li>• Изучение медицинской документации, предоставленной доктором или медицинским учреждением, направившим пациента</li><li>• Первичный осмотр пациента, в соответствии с действующей методикой</li><li>• Направление пациентов на лабораторное обследование</li><li>• Направление пациентов на инструментальное обследование</li><li>• Направление пациентов на нейрофизиологическое обследование</li><li>• Направление пациентов на консультацию к врачам-специалистам, нейропсихологу</li><li>• Обоснование и постановка диагноза в соответствии с принятыми критериями и классификациями</li><li>• Повторные осмотры пациентов, динамическое наблюдение</li><li>• Проведение диспансеризации</li><li>• Назначение рациональной терапии в соответствии с поставленным диагнозом</li><li>• Оценка индивидуальных противопоказаний при выборе лекарственных средств</li><li>• Контроль эффективности терапии, оценка нежелательных реакций</li><li>• Назначение немедикаментозной терапии</li><li>• Распознавание внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания, оказание медицинской помощи в экстренной форме при внезапном прекращении кровообращения и/или</li></ul>	
--	--	--	---	--

			<p>дыхания</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Проведение профилактических мероприятий по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся осложнений (пролежни, тромбоэмболические осложнения) у пациентов с ограниченными двигательными возможностями</li><li>● Подбор индивидуальных программ реабилитации</li><li>● Рекомендации по здоровому питанию, расширению двигательного режима</li><li>● Рекомендации по непрерывному выполнению реабилитационных программ</li><li>● Оценка эффективности реабилитационных программ</li><li>● Использование дополнительных инъекционных методов при выполнении реабилитационных программ у пациентов с миофасциальными и болевыми синдромами</li><li>● Оценка эмоциональных расстройств и их коррекция у пациентов с хроническим неврологическим заболеваниями</li><li>● Мотивирование пациента и его родственников на активное участие в социальной и бытовой реабилитации</li><li>● Назначение санаторно-курортного лечения</li><li>● Проведение профилактических мероприятий по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся неврологических заболеваний</li><li>● Санитарно-просветительская деятельность по устранению факторов риска неврологических заболеваний и формированию навыков здорового образа жизни</li><li>● Проведение первичной и вторичной профилактики сосудистых заболеваний головного мозга</li></ul>	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Профилактика прогрессирования когнитивных нарушений</li> <li>• Динамическое наблюдение пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи</li> <li>• Обезболивание и купирование тягостных симптомов заболевания</li> <li>• Разработка и проведение мероприятий по улучшению качества жизни пациента</li> <li>• Оказание социально-психологической помощи пациентам и их родственникам</li> <li>• Обучение родственников навыкам ухода за тяжелобольным пациентом</li> </ul>	
<i>Б1.Б1.2</i>	УК - 1; УК - 2; ПК - 1; ПК - 2; ПК - 5; ПК - 6; ПК - 8; ПК - 9	Заболевания периферической нервной системы, мышц и нервно-мышечной передачи.	<p>Вертеброгенные поражения нервной системы. Поражения нервных корешков, узлов, сплетений. Множественное поражение корешков, нервов. Поражение отдельных спинномозговых нервов. Поражение черепных нервов. Прозопалгии. Наследственные полиневропатии. Прогрессирующие мышечные дистрофии. Пароксизмальная миоплегия. Миастения.</p> <p><b><u>Универсальные компетенции (УК):</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);</li> <li>➤ Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2).</li> </ul> <p><b><u>Профессиональные компетенции (ПК)</u></b></p> <p>Профилактическая деятельность</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и</li> </ul>	Ситуационные задачи Тестовый контроль Практические навыки



			<p>включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);</li> </ul> <p>Диагностическая деятельность:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);</li> </ul> <p>Лечебная деятельность:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи (ПК-6);</li> </ul> <p>Реабилитационная деятельность:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8).</li> </ul> <p>Психолого-педагогическая деятельность:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);</li> </ul> <p><b><u>Необходимые знания (знать):</u></b></p>	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"><li>● Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при неврологических заболеваниях и/или состояниях</li><li>● Стандарты оказания первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при неврологических заболеваниях и/или состояниях</li><li>● Федеральные клинические рекомендации (протоколы лечения) по оказанию медицинской помощи пациентам с неврологическими заболеваниями</li><li>● Основы законодательства о здравоохранении и нормативно-правовые документы, определяющие деятельность медицинских организаций</li><li>● Анатомическое строение центральной и периферической нервной системы, строение оболочек и сосудов мозга, строение опорно-двигательного аппарата</li><li>● Основные физикальные методы обследования нервной системы</li><li>● Основы топической и синдромологической диагностики неврологических заболеваний:<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Принципы организации произвольного движения, механизмы регуляции мышечного тонуса, Признаки центрального и периферического пареза.</li><li>✓ Типы расстройств чувствительности, нейропатофизиологические, нейрохимические и психологические аспекты боли, антиноцицептивная система</li></ul></li><li>● Этиологию, патогенез, диагностику и клинические</li></ul>	
--	--	--	---	--

			<p>проявления основных заболеваний и/или состояний нервной системы:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Нервно-мышечные заболевания</li><li>✓ Заболевания периферической нервной системы (дорсопатии, болевые синдромы)</li><li>✓ Метаболические расстройства и интоксикации нервной системы</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>• Современные методы клинической, лабораторной, инструментальной, нейрофизиологической диагностики заболеваний нервной системы</li><li>• Показания к госпитализации в неврологический стационар и отделение нейрореанимации</li><li>• Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания, правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации</li><li>• Клинические рекомендации по диагностике и лечению неврологических заболеваний и/или состояний</li><li>• Механизм действия основных групп лекарственных веществ и медицинских изделий, применяемых в неврологии; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения и побочные действия</li><li>• Принципы реабилитации неврологических больных</li><li>• Реабилитационные программы для пациентов с периферическими парезами</li><li>• Реабилитационные программы для пациентов с нарушением походки</li><li>• Реабилитационные программы для пациентов с болями в спине</li></ul>	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Методики выполнения медикаментозных блокад при миофасциальных синдромах</li> <li>• Показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов с неврологическими заболеваниями и/или состояниями</li> <li>• Организация ухода за неврологическими больными</li> <li>• Этиология и патогенез болей в спине</li> <li>• Основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения</li> <li>• Общие вопросы организации паллиативной помощи пациентам</li> <li>• Применение физиотерапии и лечебной физкультуры в рамках оказания паллиативной помощи</li> <li>• Основы рационального питания и принципы диетотерапии в неврологической клинике</li> </ul> <p><u>Необходимые умения (уметь):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Способность общаться с пациентом и/или его родственниками на понятном им (русском) языке. Способность донести информацию о заболевании простым языком.</li> <li>• Анализировать и интерпретировать полученную информацию при сборе жалоб от пациента</li> <li>• Проводить физикальное обследование пациента (внешний осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, температуры, пульсметрия)</li> <li>• Исследовать и интерпретировать неврологический статус: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Оценка уровня сознания (ясное, оглушение, сопор, кома,</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--	---	--

			<p>делирий)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Оценка общемозговых симптомов (уровень контакта с больным, ориентировка в месте, времени, собственной личности)</li><li>✓ Оценка менингеальных симптомов (ригидность мышц шеи, симптомы Кернига, Брудзинского, Бехтерева)</li><li>✓ Исследование черепных нервов: выявление нарушений обоняния, оценка изменения остроты зрения и полей зрения, оценка фотореакций; исследование объема движений глазных яблок, выявление анизокории, диплопии, страбизма, ограничение взора, коркового и стволового пареза взора; выявление признаков нарушений чувствительности на лице – периферический (ядерное поражение, поражение корешка, ветви нерва), центральный тип, нарушение жевания; оценка функций мимических мышц, выявление центрального и периферического поражения мимических мышц, оценка функции слезной железы, выявление гиперacusии, нарушения вкуса на передней 2/3 языка; выявление признаков поражения вестибуло-кохлеарного нерва, оценка нистагма, вестибулярного и невестибулярного головокружения, снижения слуха; оценка функций каудальной группы черепных нервов, оценка подвижности мягкого неба, глоточного рефлекса, глотания, фонации, вкусовой функции на задней 1/3 языка, вегетативных нарушений, поднимания плеч, поворота головы в стороны, нарушение артикуляции, атрофии мышц языка и нарушение движений языка</li><li>✓ Выявление альтернирующих синдромов, бульбарного и</li></ul>	
--	--	--	--	--

			<p>псевдобульбарного синдромов, выявление и оценка симптомов орального автоматизма</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Исследование произвольных движений, оценка объема и силы движений. Выявление нарушений мышечного тонуса. Вызывать и оценивать глубокие и поверхностные рефлексы. Вызывать патологические пирамидные рефлексы, защитные спинальные рефлексы, клonusы, синкинезии. Оценивать мышечные атрофии, фибрилляции и фасцикуляции</li> <li>✓ Исследование чувствительности (поверхностной, глубокой). Выявление невралгических, корешковых, сегментарных спинальных, проводниковых (спинальных или стволовых) и корковых расстройств чувствительности</li> <li>✓ Выявление симптомов натяжения нервных стволов и корешков</li> <li>✓ Оценивать координацию движений, оценивать выполнение координаторных проб, оценивать ходьбу, исследовать равновесие в покое, выявлять основные симптомы атаксии</li> <li>✓ Оценить высшие корковые функции (речь, гнозис, праксис, чтение, письмо, счет, память, внимание, интеллект) и их расстройство</li> <li>✓ Выявление вегетативных нарушений, нарушение терморегуляции, потоотделения, трофических расстройств, нарушение тазовых функций</li> <li>• Обосновывать и составлять план обследования неврологического пациента</li> <li>• Обосновывать необходимость и объем лабораторного</li> </ul>	
--	--	--	--	--

			<p>обследования</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Обосновывать необходимость и объем инструментального обследования (КТ, МРТ, ПЭТ, методы функциональной нейровизуализации, рентгенография, офтальмоскопия)</li><li>• Обосновывать необходимость нейрофизиологического обследования (ЭЭГ, ЭНМГ, РЭГ, ЭхоЭГ, ВП, УЗДС/ДС/ТС/УЗДГ/ТКД, транскраниальная магнитная стимуляция)</li><li>• Выполнять люмбальную пункцию</li><li>• Обосновывать направление пациента к врачам-специалистам, нейропсихологу</li><li>• Интерпретировать и анализировать результаты осмотра специалистами пациентов с неврологическими заболеваниями</li><li>• Выявлять общие и специфические признаки неврологического заболевания</li><li>• Устанавливать синдромологический и топический диагноз</li><li>• Использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней (МКБ)</li><li>• Проводить дифференциальную диагностику неврологических заболеваний и/или состояний</li><li>• Выявлять клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания</li><li>• Разрабатывать оптимальный план лечения взрослых и детей с неврологическими заболеваниями и/или состояниями в соответствии с действующими порядками, стандартами оказания медицинской помощи, федеральными</li></ul>	
--	--	--	---	--

			<p>клиническими рекомендациями</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Подбор индивидуальных доз лекарственного препарата в зависимости от возраста, пола и сопутствующих заболеваний. Выбор способа и места введения препарата, умение выполнения наиболее распространённых медикаментозных блокад</li><li>• Мониторинг и оценка побочных действий лекарственных средств</li><li>• Информирование пациента доступным языком о необходимости и важности длительного и непрерывного лечения</li><li>• Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации в сочетании с электроимпульсной терапией (дефибрилляцией)</li><li>• Определение необходимости, целесообразности и объема реабилитационных программ</li><li>• Выполнение медикаментозных блокад при миофасциальных синдромах</li><li>• Организация ухода за неврологическим больным с нарушением двигательных функций</li><li>• Выявление эмоциональных расстройств и их коррекция на всем протяжении выполнения реабилитационных программ</li><li>• Обеспечение непрерывности выполнения реабилитационных программ</li><li>• Оценка эффективности и безопасности проведения реабилитационных программ</li><li>• Формулировать развернутое заключение по выбору методики реабилитационной программы</li></ul>	
--	--	--	--	--



		<ul style="list-style-type: none"><li>• Использование шкал для определения когнитивного статуса (КШОПС, тест запоминание 12 слов, тест рисования часов)</li><li>• Использование шкалы стратификации риска инсульта</li><li>• Использование в лечебной деятельности методов первичной и вторичной профилактики на основе доказательной медицины</li><li>• Оценить тяжесть состояния пациента, принять необходимые меры для выведения его из этого состояния</li><li>• Проведение базовой сердечно-легочной реанимации</li><li>• Обосновать схему, план и тактику ведения пациента. Дать оценку течения заболевания, предусмотреть возможные осложнения и осуществить их профилактику</li><li>• Работать в информационно-аналитических системах (Единая государственная информационная система здравоохранения)</li></ul> <p><b><u>Трудовые действия (владеть):</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Получение информации у пациентов с неврологическими заболеваниями и/или состояниями и их законных представителей</li><li>• Предоставление информированного согласия пациентам с неврологическими заболеваниями и состояниями и/или их законным представителям для проведения обследования и дальнейшего лечения</li><li>• Предоставление информации о предполагаемом заболевании</li><li>• Изучение медицинской документации, предоставленной доктором или медицинским учреждением, направившим пациента</li><li>• Первичный осмотр пациента, в соответствии с действующей методикой</li></ul>	
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"><li>• Направление пациентов на лабораторное обследование</li><li>• Направление пациентов на инструментальное обследование</li><li>• Направление пациентов на нейрофизиологическое обследование</li><li>• Направление пациентов на консультацию к врачам-специалистам, нейропсихологу</li><li>• Обоснование и постановка диагноза в соответствии с принятыми критериями и классификациями</li><li>• Повторные осмотры пациентов, динамическое наблюдение</li><li>• Проведение диспансеризации</li><li>• Назначение рациональной терапии в соответствии с поставленным диагнозом</li><li>• Оценка индивидуальных противопоказаний при выборе лекарственных средств</li><li>• Контроль эффективности терапии, оценка нежелательных реакций</li><li>• Назначение немедикаментозной терапии</li><li>• Распознавание внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания, оказание медицинской помощи в экстренной форме при внезапном прекращении кровообращения и/или дыхания</li><li>• Проведение профилактических мероприятий по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся осложнений (пролежни, тромбоэмболические осложнения) у пациентов с ограниченными двигательными возможностями</li><li>• Подбор индивидуальных программ реабилитации</li><li>• Рекомендации по здоровому питанию, расширению</li></ul>	
--	--	--	---	--

			<p>двигательного режима</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Рекомендации по непрерывному выполнению реабилитационных программ</li> <li>● Оценка эффективности реабилитационных программ</li> <li>● Использование дополнительных инъекционных методов при выполнении реабилитационных программ у пациентов с миофасциальными и болевыми синдромами</li> <li>● Оценка эмоциональных расстройств и их коррекция у пациентов с хроническим неврологическим заболеваниями</li> <li>● Мотивирование пациента и его родственников на активное участие в социальной и бытовой реабилитации</li> <li>● Назначение санаторно-курортного лечения</li> <li>● Проведение профилактических мероприятий по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся неврологических заболеваний</li> <li>● Санитарно-просветительская деятельность по устранению факторов риска неврологических заболеваний и формированию навыков здорового образа жизни</li> <li>● Проведение профилактики болевых синдромов в спине</li> <li>● Обезболивание и купирование тягостных симптомов заболевания</li> <li>● Разработка и проведение мероприятий по улучшению качества жизни пациента</li> <li>● Оказание социально-психологической помощи пациентам и их родственникам</li> <li>● Обучение родственников навыкам ухода за тяжелобольным пациентом</li> </ul>	
<i>Б1.Б1.3</i>	УК - 1; УК - 2;	Вегетативные и	Классификация вегетативных нарушений.	Ситуационные

	ПК - 1; ПК - 2; ПК - 5; ПК - 6; ПК - 8; ПК - 9	нейроэндокринные расстройства.	<p>Надсегментарные (центральные) вегетативные нарушения.          Периферические вегетативные расстройства.          Нейрогенные нарушения тазовых функций при различных уровнях поражения нервной системы.          Вегетативные нарушения при отдельных заболеваниях.</p> <p><b><u>Универсальные компетенции (УК):</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);</li> <li>➤ Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2).</li> </ul> <p><b><u>Профессиональные компетенции (ПК)</u></b></p> <p>Профилактическая деятельность</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);</li> <li>➤ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);</li> </ul> <p>Диагностическая деятельность:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);</li> </ul> <p>Лечебная деятельность:</p>	задачи Тестовый контроль Практические навыки
--	--	-----------------------------------	--	--

			<p>➤ Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи (ПК-6);</p> <p>Реабилитационная деятельность:</p> <p>➤ Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8).</p> <p>Психолого-педагогическая деятельность:</p> <p>➤ готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);</p> <p><b><u>Необходимые знания (знать):</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при неврологических заболеваниях и/или состояниях</li> <li>● Стандарты оказания первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при неврологических заболеваниях и/или состояниях</li> <li>● Федеральные клинические рекомендации (протоколы лечения) по оказанию медицинской помощи пациентам с неврологическими заболеваниями</li> <li>● Основы законодательства о здравоохранении и нормативно-правовые документы, определяющие деятельность медицинских организаций</li> <li>● Анатомическое строение центральной и периферической нервной системы, строение оболочек и сосудов мозга,</li> </ul>	
--	--	--	---	--

			<p>строение опорно-двигательного аппарата</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Основные физикальные методы обследования нервной системы</li><li>• Основы топической и синдромологической диагностики неврологических заболеваний:<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Принципы организации произвольного движения, механизмы регуляции мышечного тонуса. Признаки центрального и периферического пареза.</li><li>✓ Типы расстройств чувствительности, нейропатологические, нейрохимические и психологические аспекты боли, антиноцицептивная система</li><li>✓ Знание основных альтернирующих синдромов при поражении ствола головного мозга</li><li>✓ Знание основных дислокационных синдромов (супратенториального и субтенториального вклинения)</li><li>✓ Синдромы поражения лобной, височной, теменной, затылочной долей, лимбической системы, таламуса, гипоталамуса и гипофиза</li><li>✓ Нарушение высших мозговых функций</li></ul></li><li>• Этиологию, патогенез, диагностику и клинические проявления основных заболеваний и/или состояний нервной системы:<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Головные боли (первичные, вторичные)</li><li>✓ Пароксизмальные нарушения (эпилепсия, синкопальные состояния, первичные головные боли)</li><li>✓ Патология вегетативной нервной системы</li></ul></li><li>• Современные методы клинической, лабораторной, инструментальной, нейрофизиологической диагностики</li></ul>	
--	--	--	---	--

			<p>заболеваний нервной системы</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Клинические рекомендации по диагностике и лечению неврологических заболеваний и/или состояний</li><li>• Механизм действия основных групп лекарственных веществ и медицинских изделий, применяемых в неврологии; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения и побочные действия</li><li>• Принципы реабилитации неврологических больных</li><li>• Ранняя и поздняя реабилитационные программы для пациентов с инсультом</li><li>• Реабилитационные программы для пациентов с периферическими парезами</li><li>• Показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов с неврологическими заболеваниями и/или состояниями</li><li>• Организация ухода за неврологическими больными</li><li>• Основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения</li><li>• Общие вопросы организации паллиативной помощи пациентам</li><li>• Применение физиотерапии и лечебной физкультуры в рамках оказания паллиативной помощи</li><li>• Основы рационального питания и принципы диетотерапии в неврологической клинике</li><li>• Требования охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии</li></ul> <p><b><u>Необходимые умения (уметь):</u></b></p>	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"><li>• Способность общаться с пациентом и/или его родственниками на понятном им (русском) языке. Способность донести информацию о заболевании простым языком.</li><li>• Анализировать и интерпретировать полученную информацию при сборе жалоб от пациента</li><li>• Проводить физикальное обследование пациента (внешний осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, температуры, пульсметрия)</li><li>• Исследовать и интерпретировать неврологический статус:<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Оценка уровня сознания (ясное, оглушение, сопор, кома, делирий)</li><li>✓ Оценка общемозговых симптомов (уровень контакта с больным, ориентировка в месте, времени, собственной личности)</li><li>✓ Оценка менингеальных симптомов (ригидность мышц шеи, симптомы Кернига, Брудзинского, Бехтерева)</li><li>✓ Исследование черепных нервов: выявление нарушений обоняния, оценка изменения остроты зрения и полей зрения, оценка фотореакций; исследование объема движений глазных яблок, выявление анизокории, диплопии, страбизма, ограничение взора, коркового и стволового пареза взора; выявление признаков нарушений чувствительности на лице – периферический (ядерное поражение, поражение корешка, ветви нерва), центральный тип, нарушение жевания; оценка функций мимических мышц, выявление центрального и периферического поражения мимических мышц, оценка функции слезной железы, выявление гиперакузии,</li></ul></li></ul>	
--	--	--	---	--



			<p>нарушения вкуса на передней 2/3 языка; выявление признаков поражения вестибуло-кохлеарного нерва, оценка нистагма, вестибулярного и невестибулярного головокружения, снижения слуха; оценка функций каудальной группы черепных нервов, оценка подвижности мягкого неба, глоточного рефлекса, глотания, фонации, вкусовой функции на задней 1/3 языка, вегетативных нарушений, поднимания плеч, поворота головы в стороны, нарушение артикуляции, атрофии мышц языка и нарушение движений языка</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Выявление альтернирующих синдромов, бульбарного и псевдобульбарного синдромов, выявление и оценка симптомов орального автоматизма</li><li>✓ Исследование произвольных движений, оценка объема и силы движений. Выявление нарушений мышечного тонуса. Вызывать и оценивать глубокие и поверхностные рефлексы. Вызывать патологические пирамидные рефлексы, защитные спинальные рефлексы, клонусы, синкинезии. Оценивать мышечные атрофии, фибрилляции и фасцикуляции</li><li>✓ Исследование чувствительности (поверхностной, глубокой). Выявление невральных, корешковых, сегментарных спинальных, проводниковых (спинальных или стволовых) и корковых расстройств чувствительности</li><li>✓ Выявление симптомов натяжения нервных стволов и корешков</li><li>✓ Оценивать координацию движений, оценивать выполнение координаторных проб, оценивать ходьбу,</li></ul>	
--	--	--	---	--

			<p>исследовать равновесие в покое, выявлять основные симптомы атаксии</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Оценить высшие корковые функции (речь, гнозис, праксис, чтение, письмо, счет, память, внимание, интеллект) и их расстройство</li><li>✓ Выявление вегетативных нарушений, нарушение терморегуляции, потоотделения, трофических расстройств, нарушение тазовых функций</li><li>• Обосновывать и составлять план обследования неврологического пациента</li><li>• Обосновывать необходимость и объем лабораторного обследования</li><li>• Обосновывать необходимость и объем инструментального обследования (КТ, МРТ, ПЭТ, методы функциональной нейровизуализации, рентгенография, офтальмоскопия)</li><li>• Обосновывать необходимость нейрофизиологического обследования (ЭЭГ, ЭНМГ, РЭГ, ЭхоЭГ, ВП, УЗДС/ДС/ТС/УЗДГ/ТКД, транскраниальная магнитная стимуляция)</li><li>• Проводить лекарственные пробы (прозергиновая проба, аспириновая проба)</li><li>• Выполнять люмбальную пункцию</li><li>• Обосновывать направление пациента к врачам-специалистам, нейропсихологу</li><li>• Интерпретировать и анализировать результаты осмотра специалистами пациентов с неврологическими заболеваниями</li><li>• Выявлять общие и специфические признаки</li></ul>	
--	--	--	---	--

			<p>неврологического заболевания</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Устанавливать синдромологический и топический диагноз</li><li>• Использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней (МКБ)</li><li>• Проводить дифференциальную диагностику неврологических заболеваний и/или состояний</li><li>• Выявлять клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания</li><li>• Разрабатывать оптимальный план лечения взрослых и детей с неврологическими заболеваниями и/или состояниями в соответствии с действующими порядками, стандартами оказания медицинской помощи, федеральными клиническими рекомендациями</li><li>• Подбор индивидуальных доз лекарственного препарата в зависимости от возраста, пола и сопутствующих заболеваний. Выбор способа и места введения препарата, умение выполнения наиболее распространённых медикаментозных блокад</li><li>• Мониторинг и оценка побочных действий лекарственных средств</li><li>• Информирование пациента доступным языком о необходимости и важности длительного и непрерывного лечения</li><li>• Определение необходимости, целесообразности и объема реабилитационных программ</li><li>• Выполнение медикаментозных блокад при миофасциальных синдромах</li></ul>	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Организация ухода за неврологическим больным с нарушением двигательных функций</li> <li>• Выявление эмоциональных расстройств и их коррекция на всем протяжении выполнения реабилитационных программ</li> <li>• Обеспечение непрерывности выполнения реабилитационных программ</li> <li>• Формулировать развернутое заключение по выбору методики реабилитационной программы</li> <li>• Использование в лечебной деятельности методов первичной и вторичной профилактики на основе доказательной медицины</li> <li>• Оценить тяжесть состояния пациента, принять необходимые меры для выведения его из этого состояния</li> <li>• Обосновать схему, план и тактику ведения пациента. Дать оценку течения заболевания, предусмотреть возможные осложнения и осуществить их профилактику</li> <li>• Работать в информационно-аналитических системах (Единая государственная информационная система здравоохранения)</li> </ul> <p><b><u>Трудовые действия (владеть):</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Получение информации у пациентов с неврологическими заболеваниями и/или состояниями и их законных представителей</li> <li>• Предоставление информированного согласия пациентам с неврологическими заболеваниями и состояниями и/или их законным представителям для проведения обследования и дальнейшего лечение</li> <li>• Предоставление информации о предполагаемом заболевании</li> <li>• Изучение медицинской документации, предоставленной</li> </ul>	
--	--	--	--	--

			<p>доктором или медицинским учреждением, направившим пациента</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Первичный осмотр пациента, в соответствии с действующей методикой</li><li>• Направление пациентов на лабораторное обследование</li><li>• Направление пациентов на инструментальное обследование</li><li>• Направление пациентов на нейрофизиологическое обследование</li><li>• Направление пациентов на консультацию к врачам-специалистам, нейропсихологу</li><li>• Обоснование и постановка диагноза в соответствии с принятыми критериями и классификациями</li><li>• Повторные осмотры пациентов, динамическое наблюдение</li><li>• Проведение диспансеризации</li><li>• Назначение рациональной терапии в соответствии с поставленным диагнозом</li><li>• Оценка индивидуальных противопоказаний при выборе лекарственных средств</li><li>• Контроль эффективности терапии, оценка нежелательных реакций</li><li>• Назначение немедикаментозной терапии</li><li>• Подбор индивидуальных программ реабилитации</li><li>• Рекомендации по здоровому питанию, расширению двигательного режима</li><li>• Рекомендации по непрерывному выполнению реабилитационных программ</li><li>• Оценка эффективности реабилитационных программ</li><li>• Использование дополнительных инъекционных методов при</li></ul>	
--	--	--	--	--

			<p>выполнении реабилитационных программ у пациентов с миофасциальными и болевыми синдромами</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Оценка эмоциональных расстройств и их коррекция у пациентов с хроническим неврологическим заболеваниями</li> <li>• Мотивирование пациента и его родственников на активное участие в социальной и бытовой реабилитации</li> <li>• Назначение санаторно-курортного лечения</li> <li>• Проведение профилактических мероприятий по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся неврологических заболеваний</li> <li>• Санитарно-просветительская деятельность по устранению факторов риска неврологических заболеваний и формированию навыков здорового образа жизни</li> <li>• Профилактика мигрени</li> <li>• Разработка и проведение мероприятий по улучшению качества жизни пациента</li> <li>• Оказание социально-психологической помощи пациентам и их родственникам</li> </ul>	
<i>Б1.Б1.4</i>	УК - 1; УК - 2; ПК - 1; ПК - 2; ПК - 5; ПК - 6; ПК - 8; ПК - 9	Психоневрология, соматоневрология.	<p>Неврозы. Пароксизмальные состояния неэпилептического генеза. Соматогенные заболевания нервной системы.</p> <p><b><u>Универсальные компетенции (УК):</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);</li> <li>➤ Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2).</li> </ul> <p><b><u>Профессиональные компетенции (ПК)</u></b> Профилактическая деятельность</p>	Ситуационные задачи Тестовый контроль Практические навыки

			<ul style="list-style-type: none"><li>➤ готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);</li><li>➤ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);</li><li>➤ готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);</li></ul> <p>Диагностическая деятельность:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);</li></ul> <p>Лечебная деятельность:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи (ПК-6);</li></ul> <p>Реабилитационная деятельность:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8).</li></ul>	
--	--	--	--	--

			<p>Психолого-педагогическая деятельность:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);</li></ul> <p><b><u>Необходимые знания (знать):</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при неврологических заболеваниях и/или состояниях</li><li>● Стандарты оказания первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при неврологических заболеваниях и/или состояниях</li><li>● Федеральные клинические рекомендации (протоколы лечения) по оказанию медицинской помощи пациентам с неврологическими заболеваниями</li><li>● Основы законодательства о здравоохранении и нормативно-правовые документы, определяющие деятельность медицинских организаций</li><li>● Анатомическое строение центральной и периферической нервной системы, строение оболочек и сосудов мозга, строение опорно-двигательного аппарата</li><li>● Основные физикальные методы обследования нервной системы</li><li>● Основы топической и синдромологической диагностики неврологических заболеваний:<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Принципы организации произвольного движения, механизмы регуляции мышечного тонуса, нейрофизиологические и нейрохимические механизмы</li></ul></li></ul>	
--	--	--	--	--



			<p>регуляции деятельности экстрапирамидной нервной системы, патогенетические основы экстрапирамидных двигательных расстройств, гипотоно-гиперкинетический и гипертоно-гипокинетический синдромы, координаторные нарушения, клинические особенности различных типов атаксий, симптомы и синдромы поражений мозжечка. Признаки центрального и периферического пареза. Боковой амиотрофический синдром</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Типы расстройств чувствительности, нейропатологические, нейрохимические и психологические аспекты боли, антиноцицептивная система</li> <li>✓ Синдромы поражения лобной, височной, теменной, затылочной долей, лимбической системы, таламуса, гипоталамуса и гипофиза</li> <li>✓ Нарушение высших мозговых функций</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Этиологию, патогенез, диагностику и клинические проявления основных заболеваний и/или состояний нервной системы: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Детский церебральный паралич и аномалии развития нервной системы.</li> </ul> </li> <li>• Современные методы клинической, лабораторной, инструментальной, нейрофизиологической диагностики заболеваний нервной системы</li> <li>• Показания к госпитализации в неврологический стационар и отделение нейрореанимации</li> <li>• Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания, правила проведения</li> </ul>	
--	--	--	---	--

			<p>базовой сердечно-легочной реанимации</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Клинические рекомендации по диагностике и лечению неврологических заболеваний и/или состояний</li><li>• Механизм действия основных групп лекарственных веществ и медицинских изделий, применяемых в неврологии; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения и побочные действия</li><li>• Принципы действия приборов для наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции), правила выполнения наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции) при внезапном прекращении кровообращения и/или дыхания</li><li>• Принципы реабилитации неврологических больных</li><li>• Реабилитационные программы для пациентов с периферическими парезами</li><li>• Реабилитационные программы для пациентов с нарушением походки</li><li>• Реабилитационные программы для пациентов с различными видами атаксий</li><li>• Реабилитационные программы для пациентов с болями в спине</li><li>• Показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов с неврологическими заболеваниями и/или состояниями</li><li>• Организация ухода за неврологическими больными</li><li>• Основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения</li></ul>	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Общие вопросы организации паллиативной помощи пациентам</li> <li>• Применение физиотерапии и лечебной физкультуры в рамках оказания паллиативной помощи</li> <li>• Основы рационального питания и принципы диетотерапии в неврологической клинике</li> <li>• Требования охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологи</li> </ul> <p><b><u>Необходимые умения (уметь):</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Способность общаться с пациентом и/или его родственниками на понятном им (русском) языке. Способность донести информацию о заболевании простым языком.</li> <li>• Анализировать и интерпретировать полученную информацию при сборе жалоб от пациента</li> <li>• Проводить физикальное обследование пациента (внешний осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, температуры, пульсметрия)</li> <li>• Исследовать и интерпретировать неврологический статус: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Оценка уровня сознания (ясное, оглушение, сопор, кома, делирий)</li> <li>✓ Оценка общемозговых симптомов (уровень контакта с больным, ориентировка в месте, времени, собственной личности)</li> <li>✓ Оценка менингеальных симптомов (ригидность мышц шеи, симптомы Кернига, Брудзинского, Бехтерева)</li> <li>✓ Исследование черепных нервов: выявление нарушений обоняния, оценка изменения остроты зрения и полей</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--	---	--

			<p>зрения, оценка фотореакций; исследование объема движений глазных яблок, выявление анизокории, диплопии, страбизма, ограничение взора, коркового и стволового пареза взора; выявление признаков нарушений чувствительности на лице – периферический (ядерное поражение, поражение корешка, ветви нерва), центральный тип, нарушение жевания; оценка функций мимических мышц, выявление центрального и периферического поражения мимических мышц, оценка функции слезной железы, выявление гиперакузии, нарушения вкуса на передней 2/3 языка; выявление признаков поражения вестибуло-кохлеарного нерва, оценка нистагма, вестибулярного и невестибулярного головокружения, снижения слуха; оценка функций каудальной группы черепных нервов, оценка подвижности мягкого неба, глоточного рефлекса, глотания, фонации, вкусовой функции на задней 1/3 языка, вегетативных нарушений, поднимания плеч, поворота головы в стороны, нарушение артикуляции, атрофии мышц языка и нарушение движений языка</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Выявление альтернирующих синдромов, бульбарного и псевдобульбарного синдромов, выявление и оценка симптомов орального автоматизма</li><li>✓ Исследование произвольных движений, оценка объема и силы движений. Выявление нарушений мышечного тонуса. Вызывать и оценивать глубокие и поверхностные рефлексy. Вызывать патологические пирамидные рефлексy, защитные спинальные рефлексy, клонусы, синкинезии. Оценивать мышечные атрофии,</li></ul>	
--	--	--	--	--

			<p>фибрилляции и фасцикуляции</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Исследование чувствительности (поверхностной, глубокой). Выявление невралгических, корешковых, сегментарных спинальных, проводниковых (спинальных или стволовых) и корковых расстройств чувствительности</li> <li>✓ Выявление симптомов натяжения нервных стволов и корешков</li> <li>✓ Оценивать координацию движений, оценивать выполнение координаторных проб, оценивать ходьбу, исследовать равновесие в покое, выявлять основные симптомы атаксии</li> <li>✓ Оценить высшие корковые функции (речь, гнозис, праксис, чтение, письмо, счет, память, внимание, интеллект) и их расстройство</li> <li>✓ Выявление вегетативных нарушений, нарушение терморегуляции, потоотделения, трофических расстройств, нарушение тазовых функций</li> <li>• Обосновывать и составлять план обследования неврологического пациента</li> <li>• Обосновывать необходимость и объем лабораторного обследования</li> <li>• Обосновывать необходимость и объем инструментального обследования (КТ, МРТ, ПЭТ, методы функциональной нейровизуализации, рентгенография, офтальмоскопия)</li> <li>• Обосновывать необходимость нейрофизиологического обследования (ЭЭГ, ЭНМГ, РЭГ, ЭхоЭГ, ВП, УЗДС/ДС/ТС/УЗДГ/ТКД, транскраниальная магнитная стимуляция)</li> </ul>	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"><li>• Проводить лекарственные пробы (прозеринавая проба, аспириновая проба)</li><li>• Выполнять люмбальную пункцию</li><li>• Обосновывать направление пациента к врачам-специалистам, нейропсихологу</li><li>• Интерпретировать и анализировать результаты осмотра специалистами пациентов с неврологическими заболеваниями</li><li>• Выявлять общие и специфические признаки неврологического заболевания</li><li>• Устанавливать синдромологический и топический диагноз</li><li>• Использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней (МКБ)</li><li>• Проводить дифференциальную диагностику неврологических заболеваний и/или состояний</li><li>• Выявлять клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания</li><li>• Разрабатывать оптимальный план лечения взрослых и детей с неврологическими заболеваниями и/или состояниями в соответствии с действующими порядками, стандартами оказания медицинской помощи, федеральными клиническими рекомендациями</li><li>• Подбор индивидуальных доз лекарственного препарата в зависимости от возраста, пола и сопутствующих заболеваний. Выбор способа и места введения препарата, умение выполнения наиболее распространённых медикаментозных блокад</li></ul>	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"><li>• Мониторирование и оценка побочных действий лекарственных средств</li><li>• Информирование пациента доступным языком о необходимости и важности длительного и непрерывного лечения</li><li>• Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации в сочетании с электроимпульсной терапией (дефибрилляцией)</li><li>• Определение необходимости, целесообразности и объема реабилитационных программ</li><li>• Организация ухода за неврологическим больным с нарушением двигательных функций</li><li>• Выявление эмоциональных расстройств и их коррекция на всем протяжении выполнения реабилитационных программ</li><li>• Обеспечение непрерывности выполнения реабилитационных программ</li><li>• Оценка эффективности и безопасности проведения реабилитационных программ</li><li>• Формулировать развернутое заключение по выбору методики реабилитационной программы</li><li>• Использование шкал для определения когнитивного статуса (КШОПС, тест запоминание 12 слов, тест рисования часов)</li><li>• Использование в лечебной деятельности методов первичной и вторичной профилактики на основе доказательной медицины</li><li>• Оценить тяжесть состояния пациента, принять необходимые меры для выведения его из этого состояния</li><li>• Проведение базовой сердечно-легочной реанимации</li></ul>	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"><li>• Обосновать схему, план и тактику ведения пациента. Дать оценку течения заболевания, предусмотреть возможные осложнения и осуществить их профилактику</li><li>• Работать в информационно-аналитических системах (Единая государственная информационная система здравоохранения)</li></ul> <p><b><u>Трудовые действия (владеть):</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Получение информации у пациентов с неврологическими заболеваниями и/или состояниями и их законных представителей</li><li>• Предоставление информированного согласия пациентам с неврологическими заболеваниями и состояниями и/или их законным представителям для проведения обследования и дальнейшего лечения</li><li>• Предоставление информации о предполагаемом заболевании</li><li>• Изучение медицинской документации, предоставленной доктором или медицинским учреждением, направившим пациента</li><li>• Первичный осмотр пациента, в соответствии с действующей методикой</li><li>• Направление пациентов на лабораторное обследование</li><li>• Направление пациентов на инструментальное обследование</li><li>• Направление пациентов на нейрофизиологическое обследование</li><li>• Направление пациентов на консультацию к врачам-специалистам, нейропсихологу</li><li>• Обоснование и постановка диагноза в соответствии с принятыми критериями и классификациями</li><li>• Повторные осмотры пациентов, динамическое наблюдение</li></ul>	
--	--	--	---	--



			<ul style="list-style-type: none"><li>● Проведение диспансеризации</li><li>● Назначение рациональной терапии в соответствии с поставленным диагнозом</li><li>● Оценка индивидуальных противопоказаний при выборе лекарственных средств</li><li>● Контроль эффективности терапии, оценка нежелательных реакций</li><li>● Назначение немедикаментозной терапии</li><li>● Оказание неотложной медицинской помощи взрослым и детям с неврологическими заболеваниями и/или состояниями в чрезвычайных ситуациях на догоспитальном этапе</li><li>● Распознавание внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания, оказание медицинской помощи в экстренной форме при внезапном прекращении кровообращения и/или дыхания</li><li>● Проведение профилактических мероприятий по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся осложнений (пролежни, тромбоэмболические осложнения) у пациентов с ограниченными двигательными возможностями</li><li>● Подбор индивидуальных программ реабилитации</li><li>● Рекомендации по здоровому питанию, расширению двигательного режима</li><li>● Рекомендации по непрерывному выполнению реабилитационных программ</li><li>● Оценка эффективности реабилитационных программ</li><li>● Использование дополнительных инъекционных методов при</li></ul>	
--	--	--	---	--

			<p>выполнении реабилитационных программ у пациентов с миофасциальными и болевыми синдромами</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Оценка эмоциональных расстройств и их коррекция у пациентов с хроническим неврологическим заболеваниями</li><li>● Мотивирование пациента и его родственников на активное участие в социальной и бытовой реабилитации</li><li>● Назначение санаторно-курортного лечения</li><li>● Проведение профилактических мероприятий по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся неврологических заболеваний</li><li>● Санитарно-просветительская деятельность по устранению факторов риска неврологических заболеваний и формированию навыков здорового образа жизни</li><li>● Динамическое наблюдение пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи</li><li>● Разработка и проведение мероприятий по улучшению качества жизни пациента</li><li>● Оказание социально-психологической помощи пациентам и их родственникам</li><li>● Обучение родственников навыкам ухода за тяжелобольным пациентом</li></ul>	
--	--	--	---	--

5.2 Разделы учебной дисциплины (модуля), виды и формы текущего контроля знаний, виды фонда оценочных средств

№№ раздела п/п	Год обучения	Наименование раздела учебной дисциплины	Формы контроля	Оценочные средства <sup>1</sup>			
				Виды	Количество контрольных вопросов	Количество тестовых заданий	Количество ситуационных задач
1	2	3	4	5	6	7	8
Б1.В.ОД. 1	2	Неврология	Контроль СРО, контроль освоения раздела, зачет	Опрос с использованием вопросов для устного контроля, тестирование, решение ситуационных задач	47	130	70

1 – виды оценочных средств, которые могут быть использованы при проведении текущего контроля знаний: коллоквиум, контрольная работы, собеседование по вопросам, собеседование по ситуационным задачам, тестирование письменное или компьютерное, типовые расчеты, индивидуальные домашние задания, реферат, эссе, отчеты по практике.

### 5.3. Тематический план лекционного курса с распределением часов по годам обучения

№ п/п	Название тем лекций учебной дисциплины	период обучения			
		1 семестр	2 семестр	3 семестр	4 семестр
1	2	3	4	5	6
	<b>Неврология</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>
1	Сосудистые заболевания нервной системы.	0	0	2	0
•	Сосудистые заболевания нервной системы.	0	0	2	0
2	Заболевания периферической нервной системы	0	0	2	0
•	Заболевания периферической нервной системы	0	0	2	0
<b>Общий объём подготовки</b>		<b>4</b>			

### 5.4. Тематический план практических занятий с распределением часов по годам обучения

№ п/п	Название тем практических занятий учебной дисциплины	период обучения			
		1 семестр	2 семестр	3 семестр	4 семестр
1	2	3	4	5	6
	<b>Неврология</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>50</b>	<b>0</b>
1	Сосудистые заболевания нервной системы.	0	0	16	0
•	Хроническая недостаточность мозгового кровообращения			2	
•	Преходящие нарушения мозгового кровообращения			2	
•	Инфаркт головного мозга (ишемический инсульт)			4	
•	Геморрагический инсульт			2	
•	Аневризмы артерий мозга (интракраниальные аневризмы)			2	
•	Нарушение венозного кровообращения головного мозга			2	
•	Нарушения кровообращения спинного мозга			2	
2	Заболевания периферической нервной системы, мышц и нервно-мышечной передачи.	0	0	20	0
•	Вертеброгенные поражения нервной системы			2	

•	Поражения нервных корешков, узлов, сплетений			2	
•	Множественное поражение корешков, нервов			2	
•	Поражение отдельных спинно-мозговых нервов			2	
•	Поражение черепных нервов			2	
•	Прозопалгии			2	
•	Наследственные полиневропатии			2	
•	Прогрессирующие мышечные дистрофии			2	
•	Пароксизмальная миоплегия			2	
•	Миастения			2	
3	Вегетативные и нейроэндокринные расстройства.	0	0	8	0
•	Надсегментарные (центральные) вегетативные нарушения			2	
•	Периферические вегетативные нарушения			2	
•	Нейрогенные нарушения тазовых функций			2	
•	Вегетативные нарушения при отдельных заболеваниях			2	
4	Психоневрология, соматоневрология.	0	0	6	0
•	Неврозы			2	
•	Пароксизмальные состояния неэпилептического генеза			2	
•	Соматогенные заболевания нервной системы			2	
<b>Общий объем подготовки</b>		<b>50</b>			

### 5.5. Тематический план семинаров с распределением часов по годам обучения

Семинары по дисциплине «Неврология» не предусмотрены учебным планом.

### 5.6. Самостоятельная работа обучающегося (СРО) с указанием часов и распределением по годам обучения:

Виды внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся

№ п/п	Виды СРО	Часы	Контроль выполнения работы
1	Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	2	Собеседование
2	Работа с учебной и научной литературой	2	Собеседование
3	Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	2	Тестирование

4	Подготовка и написание рефератов	2	Проверка рефератов, защита реферата на практическом занятии
5	Подготовка и написание докладов, обзоров научной литературы на заданные темы	2	Проверка докладов и обзоров научной литературы
6	Участие в заседаниях научных профессиональных сообществ	2	Обсуждение тематики на практических занятиях
7	Участие в научно-исследовательской работе кафедры, научно-практических конференциях	2	Проверка планируемых докладов и публикаций
8	Работа с тестами и вопросами для самопроверки	4	Тестирование, собеседование
Итого		18	

**Самостоятельная работа обучающегося по освоению разделов учебной дисциплины и методическое обеспечение**

№ п/п	Количество часов по годам обучения		Наименование раздела, темы	Вид СРО	Методическое обеспечение	Формы контроля СРО
	1-й	2-й				
1.		6	Сосудистые заболевания нервной системы.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	учебная и научная литература, электронные ресурсы, тестовые задания и ситуационные задачи (см. ФОС)	тестирование, собеседование, проверка и защита реферата, проверка текста и презентации доклада, обсуждение итогов заседаний СРОО ОВН СО, проверка обзора научной литературы, обсуждение итогов выступлений, проверка текста, подготовленного к публикации
2.		4	Заболевания периферической нервной системы, мышц и нервно-мышечной передачи.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	учебная и научная литература, электронные ресурсы, тестовые	тестирование, собеседование, проверка и защита реферата, проверка текста и презентации

					задания и ситуационные задачи (см. ФОС)	доклада, обсуждение итогов заседаний СРОО ОВН СО, проверка обзора научной литературы, обсуждение итогов выступлений, проверка текста, подготовленного к публикации
3.		4	Вегетативные и нейроэндокринные расстройства.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	учебная и научная литература, электронные ресурсы, тестовые задания и ситуационные задачи (см. ФОС)	тестирование, собеседование, проверка и защита реферата, проверка текста и презентации доклада, обсуждение итогов заседаний СРОО ОВН СО, проверка обзора научной литературы, обсуждение итогов выступлений, проверка текста, подготовленного к публикации
4.		4	Психоневрология, соматоневрология.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	учебная и научная литература, электронные ресурсы, тестовые задания и ситуационные задачи (см. ФОС)	тестирование, собеседование, проверка и защита реферата, проверка текста и презентации доклада, обсуждение итогов заседаний СРОО ОВН СО, проверка обзора научной литературы, обсуждение итогов

						выступлений, проверка текста, подготовленного к публикации
--	--	--	--	--	--	---

## НАПИСАНИЕ КУРСОВЫХ РАБОТ НЕ ПРЕДУСМОТРЕНО

### 6. Учебно-методическое обеспечение для самостоятельной работы обучающихся по учебной дисциплине «Неврология»

См. методические указания по организации самостоятельной работы ординаторов

#### 1. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

При проведении аттестации используются следующие традиционные формы контроля:

№	Формы контроля	Наполнение фондов оценочных средств
1	Тесты для тестирования с использованием персонального компьютера	Банк типовых вопросов для тестирования с использованием персонального компьютера (в том числе offline и online тестирование) по разделам дисциплины Инструкция по выполнению тестирования Критерии оценки результатов тестирования
2	Решение ситуационной задачи	Комплект типовых ситуационных задач Критерии оценки результатов
3	Собеседование (контроль практических навыков)	Вопросы для самоподготовки обучающихся к собеседованию Вопросы для проведения собеседования по оценке практических навыков Критерии оценки результатов собеседования
4	Собеседование (контроль теоретических знаний)	Вопросы для самоподготовки обучающихся к собеседованию Вопросы для проведения собеседования Критерии оценки результатов собеседования

#### Шкала оценивания

Оценка	Описание
5	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
4	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
3	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.
2	Демонстрирует небольшое понимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.
1	Демонстрирует непонимание проблемы.
0	Нет ответа. Не было попытки решить задачу.



**Примеры типовых тестовых заданий для определения уровня знаний у обучающихся по дисциплине «Неврология» программы ординатуры по специальности 31.08.47 «Рефлексотерапия».**

1. Укажите симптомы, которые отсутствуют при поражении внутренней капсулы слева
  - а. правосторонняя гемипарезия (церебрально-проводниковый тип)
  - б. правосторонняя гемианомия
  - в. правосторонний центральный гемипарез
  - г. правосторонняя гемиатаксия
  - д. правосторонняя гемианопсия
  
2. Международная классификация болезней – это
  - а. перечень наименования болезней в определенном порядке
  - б. перечень диагнозов в определенном порядке
  - в. перечень синдромов, симптомов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу
  - г. системы рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями
  - д. перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов в определенном порядке
  
3. К компрессионно-ишемическим поражениям относятся
  - а. вестибуломожечковый синдром
  - б. альтернирующий синдром
  - в. бульбарный синдром
  - г. синдром запястного канала
  - д. синдром чужой руки
  
4. «Гемодинамическая значимость» стеноза определяется:
  - а. уровнем снижения перфузионного давления
  - б. степенью закрытия просвета сосуда
  - в. выраженностью коллатерального кровообращения
  - г. выраженностью изъязвления бляшки
  - д. степенью снижения свертываемости крови
  
5. При поражении структур парасимпатической иннервации глаза наблюдаются
  - а. птоз, миоз, энофтальм
  - б. мидриаз, парез аккомодации, отсутствие реакции зрачков на свет
  - в. сходящееся косоглазие
  - г. двоение предметов перед глазами
  - д. отсутствие фотореакции, сохранение конвергенции, аккомодации

**Примеры типовых ситуационных задач для определения уровня знаний у обучающихся по дисциплине «Неврология» – программы ординатуры по специальности 31.08.47 «Рефлексотерапия».**

**Задача № 1.**

Больной М., 45 лет, поступил в клинику нервных болезней с жалобами на приступы потери сознания, длительностью около 3-5 минут, сопровождающиеся, со слов родственников и медперсонала, судорогами тонико-клонического характера, прикусом языка, иногда непроизвольным мочеиспусканием. Подобные приступы отмечаются 1 раз в 4-6 месяцев. Кроме того, у больного периодически отмечаются приступы по типу

сумеречного расстройства сознания, которые не сопровождаются судорогами. Эти состояния больной предчувствует (ощущение общего дискомфорта, тошноты, «как будто поджилки трясутся»). В дальнейшем описать приступ не может. Приходит в себя через 10-15 минут. Объяснить свои действия не может. Все приступы развились через год после ЧМТ с ушибом головного мозга. Болен около 10 лет. Получает фенобарбитал по 1 таб. на ночь. На фоне проводимого лечения приступы сохраняются.

В неврологическом статусе очаговой и общемозговой симптоматики не выявлено. По данным ЭЭГ признаки дезорганизации основных биоритмов и выраженная эпилептиформная активность в левой височной области.

#### ВОПРОСЫ:

1. Выделите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Какие параклинические исследования нужно провести больному?
4. Определите наиболее достоверную причину возникновения заболевания.
5. Определите основные принципы лечения.

#### Задача №2.

Больная девочка родилась от I беременности. Беременность протекала с токсикозом II половины. Роды в срок, отмечалась слабость родовой деятельности. Уже с рождения окружающие обратили внимание на значительное снижение двигательной активности ребенка, низкий мышечный тонус. Двигательные и тонусные расстройства заметно прогрессировали.

У родного дяди пробанда по материнской линии первый сын умер в раннем детстве, а второй является инвалидом по какому-то нервно-мышечному заболеванию.

При осмотре в возрасте 2-х месяцев: общее состояние тяжелое, мраморный рисунок кожных покровов, общая гипотрофия. В неврологическом статусе ведущим является синдром «вялого ребенка». Симметричный вялый проксимальный тетрапарез, более грубо выраженный в ногах. Мышечный тонус в конечностях снижен до атонии. Ребенок лежит в позе «лягушки». Наблюдается переразгибание в суставах рук и ног. Гипотрофия мышц конечностей и туловища маскируется подкожной жировой клетчаткой. Сухожильные рефлексы снижены. Фасцикулярный тремор пальцев рук. Отсутствует опора на ножки. Ослаблены безусловные рефлексы. Выражен бульбарный синдром. Другой патологии нервной системы не обнаружено.

ЭМГ: спонтанная мышечная активность в виде потенциалов фасцикуляций; II тип записи по Юсевич, регистрируемый при произвольном мышечном сокращении со всех исследованных мышечных групп, за исключением проксимальных отделов ног, где определяется «биоэлектрическое молчание». Содержание креатинфосфокиназы в сыворотке крови – 144 ед/л (в норме – 190 ед/л).

#### ВОПРОСЫ:

1. Укажите ведущий неврологический синдром.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Проанализируйте данные параклинического обследования.
4. С чем следует дифференцировать это заболевание?
5. Наметьте план лечения больного.

#### Задача 3.

Девочка Н., 14 дней, находится в отделении второго этапа выхаживания новорожденных. Рождена от третьей беременности, протекавшей на фоне хронической

внутриутробной гипоксии плода, вторых преждевременных родов, при сроке гестации 36 недель, с оценкой по шкале Апгар 5-6 баллов. Околоплодные воды тиноподобные. С рождения отмечались признаки угнетения функций центральной нервной системы.

К моменту осмотра стала более активна. Защитный рефлекс сохранен. Рефлекс Бабкина вызывается. При проверке рефлекса Моро вызывается только первая фаза, наблюдается его асимметрия. Стал вызываться рефлекс опоры, рефлекс походки остается сниженным. Рефлекс ползания снижен. Выявляется асимметрия мышечного тонуса с повышением его в правых конечностях.

При нейросонографии в возрасте 7 дней выявлено повышение эхоплотности перивентрикулярного белого вещества. При повторном нейросонографическом исследовании выявляется кистозная трансформация перивентрикулярного белого вещества в области передних рогов боковых желудочков.

**Вопросы:**

1. Определите синдром перинатального поражения головного мозга у данного ребенка.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Оцените данные НСГ.
4. Перечислите принципы лечения.

**Примеры типовых вопросов для собеседования при освоении дисциплины «Неврология» у ординаторов**

- 1) Синдромы поражения полушарий головного мозга.
- 2) Поражение нервных корешков. Менингоградикулопатии, радикулоневропатии (шейные, грудные, пояснично-крестцовые). Поэтапное лечение и реабилитация.
- 3) Поражение тройничного нерва. Этиология, патогенез, диагностика, лечение.
- 4) Кровоснабжение головного мозга и его регуляция. Артерии головного мозга. Синдромы поражений артерий головного мозга.
- 5) Инфаркт головного мозга (ишемический инсульт). Факторы риска, патогенез. Клинические проявления, топическая диагностика.

**8. Учебно-методическое и информационное обеспечение**

**8.1. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины.**

<b>Основная литература</b>		
<b>№</b>	<b>Автор, название</b>	<b>В библиотеке</b>
1.	1. Гусев, Евгений Иванович. Неврология и нейрохирургия: в 2 т.: учеб. [для лечеб. фак., ординаторов, интернов] / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. - 4-е изд., доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа. - ISBN 978-5-9704-2900-6Т. 1: Неврология. - 2015. - 639[1] с.	200
2.	2. Гусев, Евгений Иванович. Неврология и нейрохирургия: в 2 т.: учеб. [для лечеб. фак., ординаторов, интернов] / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. - 4-е изд., доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа. - ISBN 978-5-9704-2900-6Т. 2: Нейрохирургия / под ред.: А. Н. Коновалова, А. В. Козлова. - 2015. - 403[1] с.	200
3.	3. Восстановительная неврология [Текст]: инновац. технологии в нейрореабилитации / под ред. Л. А. Черниковой. - Москва: Мед. информ. агентство, 2016. - 342[1] с: ил. - Библиогр. в конце глав. - ISBN 978-5-9986-0269-6	4
4.	4. Неврологический статус и его интерпретация [Текст]: учеб. рук. для врачей / А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец; под ред. М. М. Дьяконова. - 3-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2013. - 255[1] с.: ил. + DVD. - Библиогр.: с. 253-255. - ISBN 978-5-98322-918-1	2
5.	5. Нервные болезни [Текст]: учеб. пособие [для врачей] / А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец. - 9-е изд. - Москва: МЕДпресс-информ, 2016. - 554[1] с.: ил. - Алф. указ.: с. 548-554. - ISBN 978-5-00030-398-6	2
6.	6. Атлас по клинической неврологии [Текст]: [науч. изд.] / А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец. - М.: Мед. информ. агентство, 2014. - 394[2] с.: ил. - Библиогр.: с. 392-394. - ISBN 978-5-9986-0190-3	2
<b>Дополнительная литература( которая есть в свободном доступе):</b>		
1.	1. Голубев, Валерий Леонидович. Неврологические синдромы: рук. для врачей / В. Л. Голубев, А. М. Вейн. - 5-е изд., испр. - М.: МЕДпресс-информ, 2014. - 729[1] с.	1
2.	2. Густов А. В. История болезни неврологического больного: метод. рек. / А. В. Густов, С. В. Копишинская, В. Н. Григорьева. - 3-е изд., доп. и перераб. - Нижний Новгород: Изд-во НижГМА, 2014. - 122[1] с.	1
3.	3. Густов А. В. Когнитивные расстройства в неврологии: методы диагностики, пути коррекции / А. В. Густов, Е. А. Антипенко. - 3-е изд., испр. и доп. - Нижний Новгород:	1

	Изд-во НижГМА, 2013. - 188[1] с.	
4.	Детская неврология: клинич. рек. Вып. 3 / [под ред. В. И. Гузевой]. - М.: Спец. изд-во мед. кн., 2015. - 332[1] с.	1
5.	Епифанов, Виталий Александрович. Реабилитация больных, перенесших инсульт: [руководство] / В. А. Епифанов, А. В. Епифанов. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: МЕДпресс-информ, 2013. - 242[1] с.	1
6.	Зенков, Леонид Ростиславович. Клиническая электроэнцефалография (с элементами эпилептологии): рук. для врачей / Л. Р. Зенков. - 6-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2013. - 355[1] с.	1
7.	Немкова С. А. Современные принципы ранней диагностики и комплексного лечения перинатальных поражений центральной нервной системы и детского церебрального паралича: метод. пособие / С. А. Немкова, Н. Н. Заваденко, М. И. Медведев. - М.: Изд-во Рос. нац. исслед. мед. ун-та, 2013. - 76 с	1
8.	Никифоров, Анатолий Сергеевич. Неврология: учеб. [для лечеб. фак.] / А. С. Никифоров. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2014. - 446[1] с.	2
9.	Никифоров, Анатолий Сергеевич. Семиотика нервных болезней: [науч. изд.] / А. С. Никифоров. - М.: Мед. информ. агентство, 2013. - 335[1] с.	1
10.	Пальчик, Александр Бейнусович. Лекции по неврологии развития: [курс лекций] / А. Б. Пальчик. - М.: МЕДпресс-информ, 2013. - 367[1] с.	1
11.	Патология тройничного и лицевого нервов: [монография] / [И. И. Шоломов и др.]. - Саратов: Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2013. - 111[1] с.	11
12.	Ширшов, Юрий Александрович. Поражения нервной системы при гриппе А/Н1N1/09: [науч. изд.] / Ю. А. Ширшов, А. Н. Говорин. - Томск; Чита: Иван Федоров, 2013. - 110[1] с.	2
13.	Эпонимический справочник по синдромной патологии: [справ. изд.] / [под ред.: А. А. Гаранина, И. Е. Поверенновой]. - Самара: Самар. губ., 2015. - 783[1] с.	1

## 8.2. Электронные источники основной и дополнительной литературы

№ п/п	Издания
<b>Основные источники</b>	
<b>ЭБС "Консультант врача. Электронная медицинская библиотека"</b>	
1.	Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433324.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433324.html</a>
2.	Нейрометаболические заболевания у детей и подростков : диагностика и подходы

	к лечению [Электронный ресурс] / С. В. Михайлова, Е. Ю. Захарова, А. С. Петрухин - М. : Литтерра, 2017. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502546.htm">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502546.htm</a>
3.	Миофасциальный болевой синдром [Электронный ресурс] : руководство / Рачин А.П., Якунин К.А., Демешко А.В - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - (Серия "Библиотека врача-специалиста") - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436547.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436547.html</a>
4.	"Неврология [Электронный ресурс] : национальное руководство / Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - (Серия "Национальные руководства")." - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.htm">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.htm</a>
5.	Реабилитация при заболеваниях и повреждениях нервной системы [Электронный ресурс] / К.В. Котенко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437490.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437490.html</a>
6.	Нейрореаниматология [Электронный ресурс] : практическое руководство / В. В. Крылов [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436059.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436059.html</a>
7.	Неврология [Электронный ресурс] / Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, А.Б. Гехт - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428900.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428900.html</a>
8.	Общая неврология [Электронный ресурс] / А. С. Никифоров, Е. И. Гусев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433850.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433850.html</a>
9.	Клиническая электромиография для практических неврологов [Электронный ресурс] / А. Г. Санадзе, Л. Ф. Касаткина. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434888.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434888.html</a>
10.	Реабилитация в неврологии [Электронный ресурс] / Епифанов В.А., Епифанов А.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - (Библиотека врача-специалиста). - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434420.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434420.html</a>
11.	Миастения и миастенические синдромы [Электронный ресурс] / Санадзе А.Г. - М. :Литтерра, 2012. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423500542.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423500542.html</a>
12.	Неврологические осложнения остеохондроза позвоночника [Электронный ресурс] / А. С. Никифоров, Г. Н. Авакян, О. И. Мендель - 2-е изд. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433331.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433331.html</a>
13.	Черепно-мозговая травма. Диагностика и лечение [Электронный ресурс] / Лихтерман Л. Б. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431047.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431047.html</a>
14.	"Рациональная фармакотерапия в неврологии [Электронный ресурс] / Г. Н. Авакян, А. Б. Гехт, А. С. Никифоров ; под общ. ред. Е. И. Гусева. - М. :Литтерра, 2014. - (Серия "Рациональная фармакотерапия")." - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501150.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501150.html</a>
15.	Хронические сосудистые заболевания головного мозга: дисциркуляторная энцефалопатия [Электронный ресурс] / А. С. Кадыков, Л. С. Манвелов, Н. В. Шапаронова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428528.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428528.html</a>
16.	Офтальмоневрология [Электронный ресурс] / А. С. Никифоров, М. Р. Гусева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428177.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428177.html</a>
17.	Неврология [Электронный ресурс] / Петрухин А. С., Воронкова К. В., Лемешко И. Д. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/06-COS-2386.html">http://www.rosmedlib.ru/book/06-COS-2386.html</a>
18.	Частная неврология [Электронный ресурс] / А. С. Никифоров, Е. И. Гусев. - 2-е

	изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970426609.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970426609.html</a>
19.	Основы клинической неврологии. Клиническая нейроанатомия, клиническая нейрофизиология, топическая диагностика заболеваний нервной системы [Электронный ресурс] / Котов С.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970418864.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970418864.html</a>
20.	Практическая неврология: руководство для врачей [Электронный ресурс] / Под ред. А.С. Кадыкова, Л.С. Манвелова, В.В. Шведкова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970417119.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970417119.html</a>
21.	Детская неврология. В 2-х томах. Том 1. Общая неврология [Электронный ресурс] : учебник / Петрухин А.С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422625.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422625.html</a>
22.	Детская неврология. В 2-х томах. Том 2. Клиническая неврология [Электронный ресурс] : учебник / Петрухин А.С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422632.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422632.html</a>
23.	Нейрохирургия: учебник. [Электронный ресурс] / С.В. Можаяев; А.А. Скоромец, Т.А. Скоромец. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2009. <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970409220.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970409220.html</a>
<b><i>Дополнительные источники</i></b>	
24.	Влияние вертеброгенной компрессии позвоночной артерии на гемодинамические параметры сосудов головы и шеи [Электронный ресурс] / Р. Е. Калинин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435335.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435335.html</a>
25.	Туннельные компрессионно-ишемические моно- и мультиневропатии [Электронный ресурс] : руководство / А. А. Скоромец, Д. Г. Герман, М. В. Ирецкая, Л. Л. Брандман. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431511.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431511.html</a>
26.	Болезнь Ниманна-Пика тип С [Электронный ресурс] / Михайлова С. В., Захарова Е. Ю. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970429969.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970429969.html</a>
27.	Ранние клинические формы сосудистых заболеваний головного мозга [Электронный ресурс] / под ред. Л. С. Манвелова, А. С. Кадыкова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428276.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428276.html</a>
28.	Недержание мочи у женщин [Электронный ресурс] / Неймарк А.И., Раздорская М.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423363.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423363.html</a>
29.	Боль в спине [Электронный ресурс] / Подчуфарова Е.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970424742.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970424742.html</a>
30.	Лучевая диагностика и терапия заболеваний головы и шеи [Электронный ресурс] / Трофимова Т.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970425695.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970425695.html</a>
31.	Венозное русло центральной нервной системы: клиническая анатомия и нарушения венозной циркуляции [Электронный ресурс] / И.И. Каган - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436110.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436110.html</a>
32.	Церебральный инсульт: нейровизуализация в диагностике и оценке эффективности различных методов лечения. Атлас исследований [Электронный ресурс] / Новикова Л.Б., Сайфуллина Э.И., Скоромец А.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970421871.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970421871.html</a>
33.	Клиническая эпилептология [Электронный ресурс] / Киссин М.Я. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970419427.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970419427.html</a>
34.	Депрессии и неврозы [Электронный ресурс] / Бунькова К.М. - М. : ГЭОТАР-

	Медиа, 2011. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970419755.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970419755.html</a>
35.	Электрoэнцефалографический атлас эпилепсий и эпилептических синдромов у детей [Электронный ресурс] / Королева Н.В., Колесников С.И., Воробьев С.В. - М.: Литтерра, 2011. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423500474.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423500474.html</a>
36.	Основы диагностики психических расстройств [Электронный ресурс] / Антропов Ю.А., Антропов А.Ю., Незнанов Н.Г. / Под ред. Ю.А. Антропова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970412923.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970412923.html</a>
37.	Профилактика неблагоприятных побочных реакций: врачебная тактика рационального выбора и применения лекарственных средств [Электронный ресурс] / Андреев Д.А., Архипов В.В., Бердникова Н.Г. и др. / Под ред. Н.В. Юргеля, В.Г. Кукеса. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970414323.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970414323.html</a>
38.	Боковой амиотрофический склероз [Электронный ресурс] / Под ред. И.А. Завалишина - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970412572.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970412572.html</a>
39.	Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по диагностике и лечению спинальных мышечных атрофий у детей (Национальные клинические рекомендации) <a href="http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001376557S/HTML/">http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001376557S/HTML/</a>
40.	Клинические рекомендации по диагностике и лечению миастении (Национальные клинические рекомендации) <a href="http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001384839S/HTML/">http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001384839S/HTML/</a>
41.	Клинические рекомендации по диагностике и лечению синдрома Гийена-Барре (Национальные клинические рекомендации) <a href="http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001384845S/HTML/">http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001384845S/HTML/</a>
42.	Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по диагностике и лечению мигрени у детей (Национальные клинические рекомендации) <a href="http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001376450S/HTML/">http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001376450S/HTML/</a>
43.	Клинические рекомендации по диагностике и лечению синдрома Гийена-Барре (Национальные клинические рекомендации) <a href="http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001400700S/HTML/">http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001400700S/HTML/</a>
44.	Клинические рекомендации по диагностике и лечению мононевропатий (Национальные клинические рекомендации) <a href="http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001400701S/HTML/">http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001400701S/HTML/</a>
45.	Клинические рекомендации по проведению тромболитической терапии при ишемическом инсульте (Национальные клинические рекомендации) <a href="http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001410674S/HTML/">http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001410674S/HTML/</a>
46.	Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с детским церебральным параличом (Национальные клинические рекомендации) <a href="http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001425146S/HTML/">http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001425146S/HTML/</a>
47.	Клинические рекомендации по диагностике и лечению головной боли напряжения (ГБН) (Национальные клинические рекомендации) <a href="http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001426052S/HTML/">http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001426052S/HTML/</a>
48.	Клинические рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками (Национальные клинические рекомендации) <a href="http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001426066S/HTML/">http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001426066S/HTML/</a>

### 8.3 Перечень периодических изданий:

1. Анналы клинической и экспериментальной неврологии
2. Вертеброневрология



3. Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии
4. Вестник практической неврологии
5. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова
6. Клиническая неврология
7. Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева
8. Неврологический журнал
9. Неврология и ревматология. Приложение к журналу ConsiliumMedicum
10. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика
11. Нейрохирургия и неврология детского возраста
12. Практическая неврология и нейрореабилитация
13. Русский журнал детской неврологии
14. Современная терапия в психиатрии и неврологии
15. Кардиоваскулярная терапия и профилактика
16. Клиническая медицина
17. Лечащий врач
18. Российский медицинский журнал
19. Фармация
20. AmericanJournalofPhysiology
21. BMJ
22. JAMA
23. TheLancet
24. NewEnglandJournalofMedicine

#### 8.4.

##### **Нормативные правовые акты**

- ✓ Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»
- ✓ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- ✓ Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
- ✓ Приказ Министерства образования и науки РФ от 25 августа 2014 г. N 1084 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по 31.08.42 Неврология (уровень подготовки кадров высшей квалификации) (зарегистрировано в Минюсте России 27.10.2014, регистрационный № 34462)
- ✓ Приказ Министерства образования и науки РФ «Об утверждении специальностей и направлений подготовки высшего образования» от 12.09.2013 г. №1061 (Приложение б);
- ✓ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»
- ✓ Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11. 2013 № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной

- деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» (Зарегистрировано в Минюсте России 28.01.2014 г. №31136)
- ✓ Приказ Министерства образования и науки РФ от 27.11.2015 № 1383 «Об утверждении Положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования» (Зарегистрировано в Минюсте России 18.12.2015 №40168)
  - ✓ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.06.2016 № 435н «Об утверждении типовой формы договора об организации практической подготовки обучающихся, заключаемого между образовательной или научной организацией и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией» (зарегистрировано в Минюсте России 23.08.2016 № 43353)
  - ✓ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки»
  - ✓ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (зарегистрировано в Минюсте России 25.08.2010, регистрационный № 18247)
  - ✓ Приказ Минобрнауки России от 12 сентября 2013 г. № 1061 «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования» (зарегистрировано в Минюсте России 14 октября 2013 г., регистрационный № 30163)
  - ✓ Приказ МЗ и СР РФ от 19 августа 2009 г. N 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» (в ред. Приказов Минздравсоцразвития РФ от 08.06.2010 N 430н, от 19.04.2011 N 328н, от 26.09.2011 N 1074н)
  - ✓ Приказ Минздрава России №543н от 15.05.2012г. об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению.
  - ✓ Распоряжение Правительства Российской Федерации от от 30 декабря 2014 г. № 2782-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2015 год».
  - ✓ Приказ Минздрава России от 14.04.2015 N 187н "Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению"
  - ✓ Приказ Минздрава России от 14.04.2015 N 193н "Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям"
  - ✓ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 декабря 2015 г. № 3бан Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения
  - ✓ Приказ Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 N 624н (ред. от 24.01.2012) "Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности"

- ✓ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 декабря 2012 г. N 1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра»
- ✓ Приказ Минздрава РФ от 15.12.2014 г. № 834-н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»
- ✓ Приказ МЗ РФ от 07.07.2015 №422-н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (экспертиза качества)
- ✓ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 января 2011 г. № 51н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»
- ✓ Рекомендации по кодированию некоторых заболеваний класса IX «Болезни системы кровообращения» МКБ-10 от 14.03.2013г. №13-7/10/2-1691
- ✓ Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации. Принят Первым национальным съездом врачей РФ (г. Москва, 5 октября 2012 г.)
- ✓ Иные нормативные акты и нормативно-правовые документы Минобрнауки России и Минздрава России
- ✓ Устав Университета
- ✓ Локальные акты Университета.

Согласно части 1 статьи 37 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», медицинская помощь по профилю «Рефлексотерапия» организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов оказания медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации.

### **Порядки оказания медицинской помощи**

Наименование приказа	Нормативный правовой акт, утвердивший порядок
"Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при болезнях нервной системы". (Зарегистрирован Минюстом России 23.01.2013 г.)	Приказ Минздрава России №926-н от 15.11.2012
"Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения". (Зарегистрирован Минюстом России 27.02.2013г.)	Приказ Минздрава России №928-н от 15.11.2012
"Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю неврология". (Зарегистрирован Минюстом России 29.12.2012г.)	Приказ Минздрава России №1047-н от 14.12.2012

"Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации". (Зарегистрирован Минюстом России 22.02.2013 г.)	Приказ Минздрава России №1705-н от 29.12.2012
--	---

### Иные порядки, утвержденные в соответствии с Законом N 323-ФЗ

Наименование порядка	Нормативный правовой акт, утвердивший порядок
Правила оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации	Постановление Правительства РФ от 06.03.2013 N 186
Правила оказания лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы, медицинской помощи в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также приглашения для проведения консультаций врачей-специалистов указанных медицинских организаций при невозможности оказания медицинской помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы	Постановление Правительства РФ от 28.12.2012 N 1466
Порядок организации оказания медицинской помощи лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы	Приказ Минюста России от 28.12.2017 N 285
Порядок организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий	Приказ Минздрава России от 30.11.2017 N 965н
Порядок организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы	Приказ Минздрава России от 29.12.2014 N 930н
Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи	Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н
Положение об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи	Приказ Минздрава России от 02.12.2014 N 796н
Порядок организации санаторно-курортного лечения	Приказ Минздрава России от 05.05.2016 N 279н
Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению	Приказ Минздрава России от 14.04.2015 N 187н
Порядок оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях	Приказ Минздравсоцразвития России от 31.01.2012 N 69н
Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения	Приказ Минздрава России от 05.05.2016 N 281н

<p>Порядок организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса "Готов к труду и обороне"</p>	<p>Приказ Минздрава России от 01.03.2016 N 134н</p>
--	---

## 9. Информационные технологии:

Интернет-адрес страницы кафедры: <http://www.sgm.ru/info/str/depts/neurology/>

### 9.1. Электронно-библиотечные системы

1. ЭБС «Консультант студента» ВО+ СПО <http://www.studentlibrary.ru/> ООО «Политехресурс» Контракт №328СЛ/10-2021/469 от 30.12.2021г., срок доступа до 31.12.2022г. Свидетельство о гос. регистр. базы данных №2013621110 от 6.09.2013г.
2. ЭБС «Консультант врача» <http://www.rosmedlib.ru/> ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением - Комплексный медицинский консалтинг» Контракт №633КВ/10-2021/468 от 30.12.2021г., срок доступа до 31.12.2022г. Свид-во о гос. рег. базы данных №2011620769 от 17.10.2011+ Изменение в свид-во о гос. рег. базы данных №2011620769 от 4.06.2019г.
3. ЭБС IPRbooks <http://www.iprbookshop.ru/> ООО Компания «Ай Пи Ар Медиа» Лицензионный договор № 9193/22К/247 от 11.07.2022г., срок доступа до 14.07.2023г. Свид-во о гос. рег. базы данных №2010620708 от 30.11.2010 + Изменение в свид. о гос. рег. базы данных №2010620708 от 17.12.2018г.
4. Национальный цифровой ресурс «Руко́нт» <http://www.rucont.lib.ru>. ООО Центральный коллектор библиотек "БИБКОМ" Договор №470 от 30.12.2021, срок доступа с 01.01.2022 по 31.12.2022г. Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2011620249 от 31 марта 2011г.

### 9.2. Электронные образовательные, научно-образовательные ресурсы и информационно-справочные системы по учебной дисциплине «Неврология»

№ п/п	Официальные неврологические сообщества	Интернет – страница
<b>Отечественные</b>		
1.	Всероссийское общество неврологов	<a href="http://www.neurologyrussian.ru/">http://www.neurologyrussian.ru/</a>
2.	Институт мозга человека РАН	<a href="http://www.ihb.spb.ru">http://www.ihb.spb.ru</a>
3.	Клиника головной боли и вегетативных расстройств академика А.М. Вейна	<a href="http://www.veinclinic.ru">http://www.veinclinic.ru</a>
4.	Научный центр по изучению инсульта	<a href="http://www.stroke-center.ru">http://www.stroke-center.ru</a>
5.	ГУ Научный центр неврологии РАМН	<a href="http://www.neurology.ru">http://www.neurology.ru</a>

6.	Центр детской неврологии и эпилепсии	<a href="http://www.epileptologist.ru">http://www.epileptologist.ru</a>
7.	Национальная ассоциация по борьбе с инсультом (НАБИ)	<a href="http://www.nabi.ru">http://www.nabi.ru</a>
8.	«Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко»	<a href="http://www.medlit.ru/medrus/jurbur.htm">http://www.medlit.ru/medrus/jurbur.htm</a>
9.	«Неврологический вестник»	<a href="http://www.infamed.com/nb">http://www.infamed.com/nb</a>
10.	«Неврологический журнал»	<a href="http://www.medlit.ru/medrus/nj.htm">http://www.medlit.ru/medrus/nj.htm</a>
11.	«Нейрохирургия»	<a href="http://www.mtu-net.ru/neurosurgery">http://www.mtu-net.ru/neurosurgery</a>
12.	«Российская нейрохирургия»	<a href="http://www.neuro.neva.ru">http://www.neuro.neva.ru</a>
13.	Болезнь Паркинсона	<a href="http://www.parkinson.spb.ru">http://www.parkinson.spb.ru</a>
14.	Головокружение	<a href="http://www.vertigo.ru">http://www.vertigo.ru</a>
15.	Заболевания позвоночника и лечение позвоночника	<a href="http://www.vertebrologi.ru">http://www.vertebrologi.ru</a>
16.	Миопатия	<a href="http://www.miopatia.narod.ru">http://www.miopatia.narod.ru</a>
17.	Проблемы боли и анальгезии	<a href="http://www.painclinic.ru">http://www.painclinic.ru</a>
18.	Энцефалопатия и методы ее лечения	<a href="http://www.encephalopathy.ru">http://www.encephalopathy.ru</a>
19.	Детская нейрохирургия	<a href="http://www.childns.ru">http://www.childns.ru</a>
20.	Журнал для неврологов и нейрофизиологов «Невросайт»	<a href="http://www.neurosite.org">http://www.neurosite.org</a>
21.	Боль и ее лечение	<a href="http://www.stroke-center.ru/">http://www.stroke-center.ru/</a>
22.	Обзоры мировых медицинских журналов на русском языке	<a href="http://www.painstudy.ru/index.php">http://www.painstudy.ru/index.php</a>
23.	Обзоры мировых медицинских журналов на русском языке	<a href="http://www.medmir.com/">http://www.medmir.com/</a>
<b>Зарубежные</b>		
1.	Американские журналы по неврологии	<a href="http://www.neurology.org">http://www.neurology.org</a>
2.	Американская академия неврологии	<a href="http://www.aan.com/go/practice/guidelines">http://www.aan.com/go/practice/guidelines</a>
3.	Шотландская сеть колледжей	<a href="http://www.sign.ac.uk">http://www.sign.ac.uk</a>
4.	Национальный институт здоровья Великобритании	<a href="http://www.nice.org.uk">http://www.nice.org.uk</a>
5.	Европейская организация по борьбе с инсультом	<a href="http://www.eso-stroke.org">http://www.eso-stroke.org</a>
6.	Европейская ассоциация неврологов	<a href="http://www.efns.org">http://www.efns.org</a>
7.	Международная лига борьбы с эпилепсией	<a href="http://www.ilae-epilepsy.org">http://www.ilae-epilepsy.org</a>
8.	Поиск медицинской информации	<a href="http://emedicine.medscape.com/neurology">http://emedicine.medscape.com/neurology</a>
<b>Научно-образовательные медицинские порталы</b>		
1.	Научная электронная библиотека	<a href="http://www.elibrary.ru">www.elibrary.ru</a>
2.	Научно-образовательный медицинский портал	<a href="http://www.med-edu.ru">www.med-edu.ru</a>
3.	Всероссийская образовательная интернет-программа для врачей «Интернист»	<a href="http://www.internist.ru">www.internist.ru</a>
4.	Российская ассоциация специалистов функциональной диагностики	<a href="http://www.rasfd.com">www.rasfd.com</a>
5.	Международный медицинский портал	<a href="http://www.univadis.ru">www.univadis.ru</a>
6.	Медицинский образовательный сайт/социальная сеть для врачей	<a href="https://vrachivmeste.ru">https://vrachivmeste.ru</a>
7.	Научная сеть SciPeople	<a href="http://www.scipeople.ru">www.scipeople.ru</a>

8.	Электронная библиотека диссертаций disserCat	<a href="http://www.dissercat.ru">www.dissercat.ru</a>
9.	Центральная Научная Медицинская библиотека (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова)	<a href="http://www.scsmi.rssi.ru">www.scsmi.rssi.ru</a>
10.	Российская национальная библиотека (СПб)	<a href="http://www.nlr.ru">www.nlr.ru</a>
11.	Национальная медицинская библиотека (США)	<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov">www.ncbi.nlm.nih.gov</a>
12.	Научная электронная библиотека – электронные информационные ресурсы зарубежного издательства Elsevier	<a href="http://www.elsevier.com">www.elsevier.com</a>
13.	Модульная объектно-ориентированная обучающая среда	<a href="http://www.moodle.org">www.moodle.org</a>
<b>Информационно-справочные системы</b>		
1.	Министерство здравоохранения Российской Федерации	<a href="http://www.rosminzdrav.ru">www.rosminzdrav.ru</a>
2.	Министерство здравоохранения Саратовской области	<a href="http://www.minzdrav.saratov.gov.ru">www.minzdrav.saratov.gov.ru</a>

### 9.3. Программное обеспечение:

Перечень лицензионного программного обеспечения	Реквизиты подтверждающего документа
Microsoft Windows	40751826, 41028339, 41097493, 41323901, 41474839, 45025528, 45980109, 46073926, 46188270, 47819639, 49415469, 49569637, 60186121, 60620959, 61029925, 61481323, 62041790, 64238801, 64238803, 64689895, 65454057, 65454061, 65646520, 69044252 – срок действия лицензий – бессрочно.
Microsoft Office	40751826, 41028339, 41097493, 41135313, 41135317, 41323901, 41474839, 41963848, 41993817, 44235762, 45035872, 45954400, 45980109, 46073926, 46188270, 47819639, 49415469, 49569637, 49569639, 49673030, 60186121, 60620959, 61029925, 61481323, 61970472, 62041790, 64238803, 64689898, 65454057 – срок действия лицензий – бессрочно.
Kaspersky Endpoint Security, Kaspersky Anti-Virus	№ лицензии 2В1Е-220211-120440-4-24077 с 2022-02-11 по 2023-02-20, количество объектов 3500.
CentOSLinux	Свободное программное обеспечение – срок действия лицензии – бессрочно
SlackwareLinux	Свободное программное обеспечение – срок действия лицензии – бессрочно
MoodleLMS	Свободное программное обеспечение – срок действия лицензии – бессрочно
DrupalCMS	Свободное программное обеспечение – срок действия лицензии – бессрочно

### 10. Методические указания для обучающихся по освоению учебной дисциплины

Разработаны на основании документа «Методические рекомендации по разработке и составлению учебно-методической документации по освоению дисциплины». (См.

*Приложение №3 рабочей программы учебной дисциплины «Неврология»*

**11. Материально-техническое обеспечение**

Оформлено в виде справки согласно соответствующего макета. (См. Приложение №1 рабочей программы учебной дисциплины «Рефлексотерапия»)

**12. Кадровое обеспечение**

Оформлено в виде справки согласно соответствующего макета. (См. Приложение №2 рабочей программы учебной дисциплины «Рефлексотерапия»)

**13. Иные учебно-методические материалы**

- Конспекты лекций
- Методические разработки практических занятий для преподавателей по дисциплине.

(См. Приложение №3 рабочей программы учебной дисциплины «Неврология»)

**14. Разработчики**

№ пп	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Лукина Елена Владимировна	К.м.н., доцент	Доцент кафедры неврологии им. К.Н. Третьякова	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России






**Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Саратовский государственный медицинский университет  
имени В. И. Разумовского»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России)**

**УТВЕРЖДАЮ**

Начальник ОПКВК

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И.  
Разумовского Минздрава России

 Н.В. Щуковский  
« 31 » августа 2022\_г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УЧЕБНОЙ  
ДИСЦИПЛИНЫ «НЕВРОЛОГИЯ»  
ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ**

*Блок 1, вариативная часть, обязательные дисциплины, Б1.В.ОД.1*

**СПЕЦИАЛЬНОСТЬ  
31.08.47 РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ**

ФГОС ВО утвержден приказом 1090  
Министерства образования и науки РФ  
от 25 августа 2014 года

Квалификация  
Врач-рефлексотерапевт  
Форма обучения  
**ОЧНАЯ**

Нормативный срок освоения ОПОП – **2 года**

**ОДОБРЕНА**

на учебно-методической конференции кафедры  
Неврологии им. К. Н. Третьякова

Протокол от 18.08.22 г. № 11

Заведующий кафедрой:

  
О.В. Колоколов

### 1. ПЕРЕЧЕНЬ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

№	Наименование оценочного средства	Характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1.	Тест	Средство, позволяющее ценить уровень знаний обучающегося путем выбора им одного из нескольких вариантов ответов на поставленных вопрос	Комплект тестов
2.	Ситуационная задача	Задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения проблемы	Комплект ситуационных задач
3.	Разбор клинического случая	Оценка состояния пациента, обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию	Разбор клинического случая по темам практических занятий (темы занятий, алгоритм разбора)
4.	История болезни	Средство контроля усвоения и возможности демонстрации практических навыков у конкретного больного, умения обобщать фактический и теоретический материал с формулированием конкретных выводов	Схема истории болезни
5.	Практические навыки	Средство проверки умений применять полученные знания на практике.	Практические навыки (перечень навыков, необходимый при ведении пациента неврологического профиля)
6.	Устные опрос	Для текущего контроля знаний	Комплект вопросов

### Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине «Неврология»

№ п/п	Контролируемые разделы дисциплины	Контролируемые компенсации	Кол-во тестовых заданий	Другие оценочные средства	
				Вид	Кол-во
1	Сосудистые заболевания нервной системы.	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2;	131	Комплект ситуационных задачи	1 (задач 25)

		ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9		Комплект вопросов к зачету	1 (вопросов 10)
2	Заболевания периферической нервной системы, мышц и нервно-мышечной передачи.	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9	74	Комплект ситуационных задачи	1 (задач 23)
				Комплект вопросов к зачету	1 (вопросов 15)
3	Вегетативные и нейроэндокринные расстройства.	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9	64	Комплект ситуационных задачи	1 (задач 12)
				Комплект вопросов к зачету	1 (вопросов 10)
4	Психоневрология, соматоневрология.	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9	33	Комплект ситуационных задачи	1 (задач 19)
				Комплект вопросов к зачету	1 (вопросов 10)
5	Написание академической истории болезни	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9	Схема истории болезни		

# 1. Виды контроля и аттестации, формы и шкала оценочных средств

## МАТРИЦА ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Индекс	Наименование разделов и дисциплин	контролируемые компетенции	фонд оценочных средств	
			вид оценочного средства	количество вариантов заданий
1	2	3	4	5
<b>Б1.В. ОД.1.</b>	<b>Неврология</b>		банк вопросов для online тестирования	302
			ситуационные задачи	79
			вопросы к зачету (собеседование)	45
			оценка навыков и умений	специализированное обеспечение (3D атласы, симулятор люмбальной пункции)
1	Сосудистые заболевания нервной системы.	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9;	банк вопросов для online тестирования	131
			ситуационные задачи	25
			вопросы к зачету (собеседование)	10
2	Заболевания периферической нервной системы, мышц и нервно-мышечной передачи.	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9;	банк вопросов для online тестирования	74
			ситуационные задачи	23
			вопросы к зачету (собеседование)	15

3	Вегетативные и нейроэндокринные расстройства.	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9;	банк вопросов для online тестирования	64
			ситуационные задачи	12
			вопросы к зачету (собеседование)	10
4	Психоневрология, соматоневрология.	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9;	банк вопросов для online тестирования	33
			ситуационные задачи	19
			вопросы к зачету (собеседование)	10
5	Написание академической истории болезни	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9;	Схема истории болезни	

### Шкала оценивания

Оценка	Описание
5	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
4	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
3	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.
2	Демонстрирует небольшое понимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.
1	Демонстрирует непонимание проблемы.
0	Нет ответа. Не было попытки решить задачу.

## 2. Оценивание результатов текущего контроля:

### 2.1. Оценивание результатов компьютерного тестирования

Количество правильно решенных тестовых заданий:

90 % и более правильных ответов - "отлично",

80-89 % правильных ответов – «хорошо»,

70-79% правильных ответов – «удовлетворительно»,

менее 70% правильных ответов - "неудовлетворительно".

### 2.2. Оценивание результатов практических навыков и умений:

- Оценка «отлично» выставляется обучающемуся быстро и правильно справляющемуся с решением практических задач, способному определить показания для проведения параклинических обследований и трактовать их результаты, определить план обследования и лечения больных, владеющему приемами и практическими навыками по изучаемой дисциплине в полном объеме.

- Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся справившемуся с решением практических задач, способному определить основные показания для проведения параклинических обследований и трактовать их результаты, определить план обследования и лечения больных, однако допускающему несущественные неточности при выполнении практических навыков по изучаемой дисциплине.

- Оценка «удовлетворительно» ставится обучающемуся, который испытывает затруднения в решении практических задач, способному определить основные показания для проведения параклинических обследований, способному определить план обследования и лечения больных, однако выполняющему практические навыки по изучаемой дисциплине в неполном объеме (но более 50%).

- Оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся, который не в состоянии решить практические задачи, затрудняющемуся определить основные показания для проведения параклинических обследований, определить план обследования и лечения больных, не способному выполнить более 50% практических навыков по изучаемой дисциплине. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающимся, которые не могут приступить к профессиональной деятельности по изучаемой дисциплине.

### ***2.3. Оценивание результатов собеседования по теоретическим вопросам по специальности***

Результаты собеседования оцениваются по четырехбалльной системе.

Оценка «отлично» выставляется в случае, если ординатор:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;
- демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Оценка «хорошо» выставляется в случае, если ординатор:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах;
- имеются незначительные упущения в ответах.

Оценка «удовлетворительно» выставляется в случае, если ординатор:

- дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы

Оценка «неудовлетворительно» выставляется в случае, если ординатор:

- демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

#### 2.4. *Оценивание собеседования по типовой ситуационной задаче*

Результат работы с ситуационной задачей оценивается по системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Оценка **«отлично»** - ординатор правильно и полноценно оценил клиническую ситуацию, определил основные патологические синдромы, правильно оценил результаты всех дополнительных методов обследования, отвечает на заданные вопросы, демонстрирует свободное владение материалом, умение применять знания в конкретной ситуации; не допускает неточностей (ошибок), анализирует результаты собственных действий.

Оценка **«хорошо»** - ординатор правильно и полноценно оценил клиническую ситуацию, определил основные патологические синдромы, правильно оценил результаты всех дополнительных методов обследования, отвечает на заданные вопросы, демонстрирует достаточный уровень владения материалом в конкретной ситуации; допускает некоторые неточности (малозначительные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет, анализирует результаты собственных действий.

Оценка **«удовлетворительно»** - ординатор правильно, но неполноценно оценил клиническую ситуацию, не смог выделить все патологические синдромы, правильно, но неполноценно изучил результаты всех дополнительных методов обследования, отвечает на заданные вопросы не в полном объеме, демонстрирует ограниченное владение материалом в конкретной ситуации; допускает неточности (ошибки), которые обнаруживает и быстро исправляет после указания на них членов государственной экзаменационной комиссии, анализирует результаты собственных действий.

Оценка **«неудовлетворительно»** - ординатор не смог полноценно и грамотно оценить клиническую ситуацию, неправильно выделил основные патологические синдромы, плохо ориентируется в результатах дополнительного обследования, не ориентирован в основных вопросах специальности, установленных программой государственной итоговой аттестации, или делает грубые ошибки при их выполнении, не может самостоятельно исправить ошибки.

#### 2.5. *Оценка написания истории болезни.*

На кафедре неврологии им. К.Н. Третьякова по окончании 2-х месяцев занятий обучающиеся защищают написанную ими историю болезни. История болезни содержит паспортные данные о больном, анамнез жизни и заболевания, объективные данные о состоянии больного (включая неврологический статус), обоснование диагноза с проведением дифференциального диагноза, а также динамику состояния больного за время наблюдения. Поэтому история болезни является контрольным заданием для проверки знаний обучающихся, практических навыков обследования неврологического больного и ведения медицинской документации.

При оценке истории болезни учитывается:

- корректность описания неврологического статуса,
- полнота анализа данных анамнеза и объективного исследования,
- правильность ведения медицинской документации.
- оценка раздела «Состояние нервной системы»

Результат оценки	Балл по четырехбалльной системе
Оценка «отлично» - раздел написан в полном	5

соответствии требованиям, предъявляемым к истории болезни на кафедре, дана трактовка сведений в соответствии с современной неврологической терминологией	
Оценка «хорошо» - история болезни написана правильно, но кратко, допущены незначительные неточности при описании неврологического статуса	4
Оценка «удовлетворительно» - допущены неточности при описании раздела, которые могут повлиять на трактовку симптомов неврологического заболевания	3
Оценка «неудовлетворительно» - допущены существенные ошибки при описании неврологического статуса, не описано состояние отдельных сфер нервной системы	0

- оценка раздела «Анализ данных анамнеза и объективного исследования»

<b>Результат оценки</b>	<b>Балл по четырехбалльной системе</b>
Оценка «отлично» - указаны и достоверно обоснованы все неврологические синдромы, имеющиеся у больного, правильно установлен топический и клинический диагноз	5
Оценка «хорошо» - указаны и обоснованы основные неврологические синдромы, имеющиеся у больного, допущены незначительные неточности при определении топического и клинического диагноза	4
Оценка «удовлетворительно» - указаны и обоснованы не все основные неврологические синдромы, имеющиеся у больного, допущены неточности при определении топического и клинического диагноза	3
Оценка «неудовлетворительно» - не указаны основные неврологические синдромы, имеющиеся у больного, допущены существенные ошибки при определении топического и клинического диагноза	0

- оценка правильности ведения медицинской документации

<b>Результат оценки</b>	<b>Балл по четырехбалльной системе</b>
Оценка «отлично» - история болезни содержит полные данные, касающиеся всех разделов академической истории болезни неврологического больного, обучающийся использовал монографическую литературу при написании раздела «Этиология, патогенез, патологическая	5



анатомия, течение изучаемого заболевания»	
Оценка «хорошо» - история болезни написана в целом правильно, но кратко без использования дополнительной литературы	4
Оценка «удовлетворительно» - допущены неточности при написании некоторых разделов, недостаточно полно проведен дифференциальный диагноз, отсутствуют современные сведения по этиологии и патогенезу заболевания	3
Оценка «неудовлетворительно» - допущены существенные ошибки при написании большинства разделов, плохо проведен дифференциальный диагноз, отсутствуют данные по этиологии и патогенезу, план лечения заболевания	0

Каждый из указанных параметров оценивается по пятибалльной системе, затем оценки суммируются и вычисляется среднее арифметическое суммы баллов. По результатам защиты истории болезни обучающийся может набрать от 0 до 5 баллов.

Неудовлетворительная оценка, полученная обучающимся при контроле текущих знаний, учитывается при решении вопроса об отчислении ординатора за неуспеваемость.

### 3. Примеры оценочных средств

#### *Приложение 1.*

#### **Типовые тестовые задания для определения уровня знаний в рамках текущего контроля у обучающихся по дисциплине «Неврология» программы ординатуры по специальности 31.08.47 «Рефлексотерапия»**

##### **1.1.Схема проверки компетенций по тестам**

Индекс компетенции	Описание компетенции	Номера вопросов
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	4-11, 170, 208-219, 225, 226, 244-246,
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантному восприятию социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий	25, 301

ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	299, 300
ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	26, 80, 302
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1-3, 12-24, 27-30, 32-40, 42-45, 47-50, 52-62, 65-68, 70-79, 81-83, 87-89, 94, 95, 97-101, 106, 110-113, 118, 122-124, 127, 133-155, 157-166, 168, 169, 173-175, 178-180, 182-202, 205, 207, 220-224, 227-236, 239-243, 247-268, 270, 272-298
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи	31, 46, 63, 64, 84-86, 90-93, 96, 102-105, 114-117, 119-121, 125, 126, 128-130, 156, 167, 171, 172, 176, 177, 181, 203, 204, 206, 237,
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;	131, 132, 238, 269, 271
ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	41, 51, 69, 107-109

**Ситуационные задачи для определения уровня знаний в рамках текущего контроля у обучающихся по дисциплине «Неврология» по специальности 31.08.47 «Рефлексотерапия»**

**2.1. Схема проверки компетенций по ситуационным задачам для проведения текущего контроля по дисциплине «Неврология» программы ординатуры по специальности 31.08.47 «Рефлексотерапия»**

Индекс компетенции	Описание компетенции	Номера вопросов
1	2	3
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1-92
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантному восприятию социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий	1-92
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1-92
ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	1-92
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1-92
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи	1-92
ПК-8	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1-92
ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1-92

Перечень вопросов для проведения устного опроса на практических и семинарских занятиях (см. методические рекомендации для самостоятельной работы ординаторов по соответствующей тематике).

## 1. Сосудистые заболевания нервной системы.

### . Сосудистые заболевания нервной системы.

1. Болезнь Альцгеймера проявляется
  - 1) ступенеобразным ухудшением когнитивной деятельности, особенно памяти; лабильностью психоэмоциональной сферы
  - 2) нарушением межличностных отношений, профессиональной деятельности; безответственным поведением; выпадением памяти; тремором, атаксией
  - 3) прогрессирующим снижением когнитивных функций и утратой способности к целенаправленным действиям; длительной сохранностью неврологической сферы
  - 4) прогрессирующим снижением когнитивных функций с колебаниями выраженности возникающих нарушений; бредом, галлюцинациями; паркинсонизмом
  - 5) нарушениями речи, когнитивных функций и поведения; большей выраженностью речевых расстройств по сравнению со снижением памяти; паркинсонизмом
2. Объективизацию когнитивных функций проводят по данным
  - 1) о повседневной и функциональной активности
  - 2) нейропсихологического тестирования
  - 3) МРТ
  - 4) ЭЭГ
  - 5) транскраниальной доплерографии
3. Основными нейропсихологическими тестами являются все, кроме
  - 1) теста 5 слов
  - 2) теста рисования часов
  - 3) FAB-теста
  - 4) IQ-теста
  - 5) MMS-теста
4. Виллизиев круг – артериальный круг головного мозга – не включает
  - 1) переднюю соединительную артерию
  - 2) позвоночные артерии
  - 3) задние соединительные артерии
  - 4) начальные сегменты передних мозговых артерий
  - 5) супраклиноидные части внутренних сонных артерий

5. Вертебральные артерии берут начало от
  - 1) аорты
  - 2) внутренней сонной артерии
  - 3) брахиоцефального ствола
  - 4) подключичных артерий
  - 5) основной артерии
  
6. Внутреннюю сонную артерию непосредственно продолжает
  - 1) средняя мозговая артерия
  - 2) передняя мозговая артерия
  - 3) задняя мозговая артерия
  - 4) основная артерия
  - 5) передняя соединительная артерия
  
7. К артериям, кровоснабжающим головной мозг, не относят
  - 1) среднюю мозговую артерию
  - 2) позвоночную артерию
  - 3) основную артерию
  - 4) внутреннюю сонную артерию
  - 5) подключичную артерию
  
8. Таламус кровоснабжается из бассейна
  - 1) задней мозговой артерии
  - 2) основной артерии
  - 3) передней мозговой артерии
  - 4) средней мозговой артерии
  - 5) средней височной артерии
  
9. Зрительный перекрест кровоснабжается из бассейна
  - 1) средней мозговой артерии
  - 2) задней соединительной артерии
  - 3) задней мозговой артерии
  - 4) средней височной артерии
  - 5) передней мозговой артерии
  
10. Характерный признак тромбоза внутренней сонной артерии –
  - 1) альтернирующий синдром Захарченко-Валленберга
  - 2) альтернирующий синдром вебера (парез глазодвигательного нерва и пирамидный синдром)
  - 3) альтернирующий оптикопирамидный синдром
  - 4) альтернирующий синдром Фавиля
  - 5) сенсорная афазия
  
11. При поражении передней мозговой артерии будут наблюдаться расстройства чувствительности по следующему типу
  - 1) периферическому
  - 2) корковому
  - 3) церебрально-проводниковому
  - 4) сегментарно-диссоциированному
  - 5) спинально-проводниковому

12. К симптомам, характерным для поражения правой передней мозговой артерии, относится
- 1) нарушение психики
  - 2) антероградная амнезия
  - 3) дизартрия
  - 4) афазия моторная
  - 5) афазия сенсорная
13. Для поражения задней мозговой артерии характерно развитие
- 1) гомимной гемианопсии
  - 2) битемпоральной гемианопсии
  - 3) биназальной гемианопсии
  - 4) концентрического сужения полей зрения
  - 5) амавроза
14. В развитии недостаточности кровоснабжения мозга при атеросклерозе играют роль следующие факторы
- 1) пролапс митрального клапана
  - 2) повышение фибринолитической активности крови
  - 3) снижение активности свертывающей системы
  - 4) стеноз магистральных сосудов на шее
  - 5) микроангиопатия
15. Псевдобульбарный синдром развивается при сочетанном поражении
- 1) пирамидных и мозжечковых путей доминантного полушария
  - 2) пирамидных и мозжечковых путей недоминантного полушария
  - 3) пирамидных и экстрапирамидных путей доминантного полушария
  - 4) пирамидных и экстрапирамидных путей недоминантного полушария
  - 5) пирамидных путей доминантного и недоминантного полушарий
16. Геморрагический инфаркт головного мозга локализуется
- 1) только в белом веществе больших полушарий
  - 2) только в белом веществе полушарий мозжечка
  - 3) только в сером веществе головного мозга
  - 4) чаще в коре, реже подкорковых узлах
  - 5) в любой области головного мозга
17. Для тромбоза мозговых сосудов нехарактерно
- 1) наличие в анамнезе транзиторных ишемических атак
  - 2) постепенное нарастание очаговой симптоматики
  - 3) малая выраженность общемозговой симптоматики
  - 4) сохранность сознания
  - 5) выпадение полей зрения
18. Фармакотерапия больных с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения проводится с целью
- 1) предупреждения кардиоцеребрального синдрома
  - 2) улучшения церебральной гемодинамики и метаболизма мозга
  - 3) регресса очаговой церебральной симптоматики
  - 4) регресса общемозговой симптоматики
  - 5) регресса общемозговой и очаговой церебральной симптоматики

19. Гипертоническое кровоизлияние в мозг сопровождается
- 1) сдавлением вещества мозга и смещением ствола головного мозга
  - 2) диплопией
  - 3) менингеальным синдромом
  - 4) общемозговыми симптомами
  - 5) закупоркой артерии основания мозга
20. При parenхиматозно-субарахноидальном кровоизлиянии обязательным признаком является
- 1) образование сливных очагов
  - 2) кровянистый ликвор
  - 3) смещение срединного эхо- сигнала
  - 4) диапедезное пропитывание
  - 5) бифуркация базилярной артерии
21. При кровоизлиянии в мозжечок обязательным является наличие
- 1) утраты сознания, гемипареза
  - 2) атаксии и гемипареза
  - 3) глазодвигательных расстройств и атаксии
  - 4) глазодвигательных расстройств и утраты сознания
  - 5) симптома Бабинского
22. Для субарахноидального кровоизлияния обязательным признаком является
- 1) утрата сознания
  - 2) зрачковые расстройства
  - 3) нистагм
  - 4) менингеальный синдром
  - 5) двусторонние пирамидные патологические знаки
23. Наиболее важный модифицируемый фактор риска развития инсульта
- 1) сахарный диабет
  - 2) гиперлипидемия
  - 3) фибрилляция предсердий без патологии клапанов
  - 4) артериальная гипертензия
  - 5) курение
24. Уровень артериального давления у пациентов с прегипертензией варьирует
- 1) от 115/90 до 145/90 мм рт.ст.
  - 2) от 119/79 до 140/80 мм рт.ст.
  - 3) от 120/80 до 139/89 мм рт.ст.
  - 4) от 120/90 до 150/90 мм рт.ст.
  - 5) от 120/100 до 130/90 мм рт.ст.
25. Стандартизированный по возрасту показатель заболеваемости нарушениями мозгового кровообращения
- 1) 100 – 300 случаев на 100 000 человек в год
  - 2) 500 случаев на 100 000 человек в год
  - 3) 700 случаев на 100 000 человек в год
  - 4) 2400 случаев на 100 000 человек в год
  - 5) первая по частоте причина нетрудоспособности
26. Для церебральной ишемии достоверно не доказано влияние

- 1) сердечной эмболии
- 2) стеноза коронарных артерий
- 3) нарушения ритма сердца
- 4) гипергликемии
- 5) гиперурикемии

27. Для эмболии мозговых артерий характерно все перечисленное, кроме

- 1) внезапного развития очаговой симптоматики
- 2) застойного соска зрительного нерва
- 3) наличия общемозговой симптоматики
- 4) наличия мерцательной аритмии
- 5) головная боль

28. Наибольшей информативностью при диагностике кровоизлияния в ранние сроки обладает

- 1) ангиография
- 2) компьютерная томография
- 3) магнитно-резонансная томография
- 4) ультразвуковая доплерография
- 5) электроэнцефалография

29. У больных с неразрывавшейся конвекситальной артериовенозной аневризмой могут быть

- 1) глазодвигательные расстройства
- 2) менингеальные симптомы
- 3) нарушения зрения
- 4) судороги
- 5) эпилептические припадки

30. Развитие артериального спазма характерно для субарахноидального кровоизлияния следующего вида

- 1) гипертонического
- 2) атеросклеротического
- 3) аневризматического
- 4) травматического
- 5) паренхиматозного

31. Наиболее эффективен при различных видах головокружения препарат

- 1) аэрон (гиосциамин/ скополамин, *Россия*)
- 2) бетасерк (бетагистина дигидрохлорид, *Solvay Pharma*)
- 3) ноотропил (пирацетам, *UCB Pharma S.p.A.*)
- 4) танакан (стандартизованный экстракт Гинкго Билоба, *Beaufour Ipsen*)
- 5) трентал (Пентоксифиллин, *Aventis Pharma Ltd.*)

32. Показанием для каротидной эндартерэктомии является

- 1) гемодинамически значимый стеноз внутренней сонной артерии
- 2) высокие цифры АД
- 3) гиперкоагуляция
- 4) повышение содержания холестерина, триглицеридов
- 5) гиповолемия

33. Самая частая причина спонтанного внутримозгового кровоизлияния



- 1) артериальная гипертензия
- 2) сосудистые мальформации
- 3) микроаневризмы
- 4) васкулиты
- 5) применение антикоагулянтов

34. Стриатокapsулярный инфаркт не характеризует

- 1) выраженный гемипарез
- 2) афазия
- 3) гомонимная латеральная гемианопсия
- 4) сопор и кома
- 5) оральная апраксия

35. Синдром Захарченко - Валленберга возникает при закупорке

- 1) передней мозговой артерии
- 2) средней мозговой артерии
- 3) нижней передней артерии мозжечка
- 4) нижней задней артерии мозжечка
- 5) задней мозговой артерии

36. Внезапная головная боль; менингеальный синдром; гемипарез; обычно отклонение взгляда в сторону поражения; тошнота/рвота, сопровождающиеся значительным повышением давления – симптомы

- 1) ишемического инсульта
- 2) эмболического инсульта
- 3) лакунарного инсульта
- 4) внутричерепного кровоизлияния
- 5) субарахноидального кровоизлияния

37. Эпилептические припадки, гемипарез, гемигипестезия, гемианопсия, афазия – клинические проявления кровоизлияния в

- 1) мозжечок
- 2) мост
- 3) таламус
- 4) скорлупу
- 5) лобной доле

38. Внезапное начало при пробуждении, наличие заболеваний сердца, эпилептические припадки, очаговая неврологическая симптоматика

- 1) характерные признаки атеротромботического инсульта
- 2) кардиоэмболического инсульта
- 3) гемодинамического инсульта
- 4) лакунарного инсульта
- 5) геморрагического инсульта

39. Для поражения правой средней мозговой артерии не характерно наличие

- 1) апраксии левой руки
- 2) левосторонней гемианопсии
- 3) левосторонней гемиплегии
- 4) анозогнозии
- 5) афазия

40. Самой частой причиной ДЭП является
- 1) патология крупных экстракраниальных артерий
  - 2) основных интракраниальных артерий
  - 3) кардиогенная эмболия
  - 4) церебральная микроангиопатия
  - 5) артериальная гипотензия
41. Возраст начала Болезни Альцгеймера
- 1) >30
  - 2) 45–55
  - 3) ≥50
  - 4) >60
  - 5) любой
42. Патоморфологически болезнь Альцгеймера характеризуется
- 1) преимущественным поражением височной доли
  - 2) атрофией коры височной и лобной долей; гидроцефалией *ex vacuo*
  - 3) атрофией в височно-теменной области; гидроцефалией *ex vacuo*
  - 4) несколькими корковыми инфарктами или множественными лакунарными
  - 5) генерализованным атеросклерозом, чаще всего на фоне гипертонической болезни
43. В патогенезе когнитивных расстройств при болезни Альцгеймера ведущую роль имеет патология
- 1) ацетилхолинергической системы
  - 2) норадренергической системы
  - 3) серотонинергической системы
  - 4) дофаминергической системы
  - 5) ГАМК-ергической системы
44. Сосудистая деменция патоморфологически не обусловлена
- 1) внутримозговыми кровоизлияниями
  - 2) кардиогенной церебральной эмболией
  - 3) транзиторными ишемическими атаками
  - 4) церебральной макроангиопатией
  - 5) церебральной микроангиопатией
45. Электроэнцефалограммы пациентов с болезнью Альцгеймера характеризуются
- 1) отсутствием изменений
  - 2) замедлением ритма
  - 3) эпилептиформной активностью
  - 4) спайк-волнами
  - 5) сигма-волнами
46. Начальная доза препарата Экселон, *Novartis* (ривастигмин) при болезни Альцгеймера
- 1) 1.5 мг 2 раза в сутки
  - 2) 6 мг 2 раза в сутки
  - 3) 12 мг 2 раза в сутки
  - 4) до 1.5 мг в сутки
  - 5) от 20 до 50 мг в сутки

47. Стадии дисциркуляторной энцефалопатии выделяют на основании
- 1) перенесенных транзиторных ишемических атак
  - 2) изменения показателей ЭЭГ и РЭГ
  - 3) изменений реологических свойств крови
  - 4) степени повышения артериального давления
  - 5) выраженности неврологических и психических расстройств
48. Диагноз инсульта с обратимой неврологической симптоматикой устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу не позднее
- 1) 1 сут.
  - 2) 1 нед.
  - 3) 2 нед.
  - 4) 3 нед.
  - 5) 1 мес.
49. Решающее влияние на прогноз проходящего нарушения мозгового кровообращения оказывает
- 1) адекватный уровень артериального давления
  - 2) состояние вязкости и текучести крови
  - 3) состояние свертывающей системы крови
  - 4) сохранная проходимость приводящих артерий
  - 5) продолжительность эпизодов преходящей ишемии
50. Горметонией называется состояние, при котором наблюдается
- 1) генерализованная гипотония мышц в сочетании с нарушением ритма дыхания
  - 2) повышение мышечного тонуса в сгибателях верхних конечностей и разгибателях нижних конечностей
  - 3) повышение мышечного тонуса в разгибателях верхних конечностей и сгибателях нижних конечностей
  - 4) повторяющиеся пароксизмы повышения мышечного тонуса в разгибателях конечностей
  - 5) сочетание слабости в нижней половине тела с дисфункцией сфинктеров
51. Критический фактор роста риска развития инсульта в 1,9 раза у мужчин и в 1,7 раза у женщин
- 1) курение
  - 2) ожирение
  - 3) заместительная гормональная терапия
  - 4) увеличение систолического артериального давления на 10 мм рт. ст.
  - 5) прегипертензия
52. В основе головной боли при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения головного мозга может быть любой патогенетический механизм, кроме
- 1) спазма артерий мозга
  - 2) гипотонии и дилатации артерий
  - 3) гипотонии и дилатации вен
  - 4) нарушения ликвороциркуляции
  - 5) пароксизмальное расширение лицевых артерий

53. Неблагоприятный прогноз развития болезни Альцгеймера не предполагает
- 1) поздний дебют
  - 2) очаговых нарушений корковых функций
  - 3) ранних лобных и зрительно-пространственных нарушений
  - 4) экстрапирамидных знаков и миоклоний
  - 5) депрессии, психотических и поведенческих расстройств
54. Клинические особенности болезни Альцгеймера
- 1) постепенно прогрессирующее в зрелом и более возрасте поражение не менее двух когнитивных сфер при ясном сознании
  - 2) прогрессирующее в пожилом возрасте когнитивное расстройство, первоначально затрагивающее внимание и зрительно-пространственные функции с обязательным наличием когнитивных флуктуаций или повторяющихся зрительных галлюцинаций или признаков паркинсонизма
  - 3) прогрессирующее ухудшение когнитивных функций, апатия, головная боль, нарушение координации, тремор
  - 4) постепенно нарастающие в зрелом возрасте нарушения поведенческой сферы, речевые расстройства по типу динамической афазии
  - 5) развитие в пожилом возрасте регуляторных когнитивных и поведенческих нарушений, расстройство кратковременной памяти, ночная спутанность сознания, очаговые неврологические симптомы
55. Сопоставимое по частотности проявления патологическое изменение таких нейропсихических модальностей как память, регуляция, ориентация и внимание преобладает в клинической картине
- 1) деменции альцгеймеровского типа
  - 2) лобно-височной деменции
  - 3) деменции с тельцами Леви
  - 4) подкорковой энцефалопатии Бинсвангера
  - 5) сосудистой деменции
56. Патологическое изменение (в порядке уменьшения частотности) таких нейропсихических модальностей как речь, поведение, регуляция, внимание преобладает в клинической картине
- 1) деменции альцгеймеровского типа
  - 2) лобно-височной деменции
  - 3) деменции с тельцами Леви
  - 4) подкорковой энцефалопатии Бинсвангера
  - 5) сосудистой деменции
57. Флуктуирующее патологическое изменение (в порядке уменьшения частотности) таких нейропсихических модальностей как внимание и поведение преобладает в клинической картине
- 1) деменции альцгеймеровского типа
  - 2) лобно-височной деменции
  - 3) деменции с тельцами Леви
  - 4) подкорковой энцефалопатии Бинсвангера
  - 5) сосудистой деменции
58. Клинические особенности деменции с тельцами Леви
- 1) апраксия ходьбы, тазовые нарушения

- 2) головная боль, нарушение координации, тремор
- 3) зрачковые нарушения, дизартрия
- 4) зрительные галлюцинации, паркинсонизм
- 5) хватательные рефлексы, рефлексы орального автоматизма

59. Ведущим в постановке диагноза болезни Альцгеймера является

- 1) нейропсихологическое тестирование
- 2) длительное наблюдение за больным
- 3) МРТ-исследование
- 4) ЭЭГ-исследование
- 5) дуплексное исследование сосудов головного мозга

60. При КТ/МРТ-исследовании головного мозга в случае деменции с тельцами Леви выявляется

- 1) атрофия височно-теменной области
- 2) атрофию лобных и височных областей
- 3) глобальная церебральная атрофия
- 4) очаги демиелинизации в белом веществе или подкорковые лакунарные инфаркты
- 5) цереброваскулярное поражение

61. При КТ/МРТ-исследовании головного мозга у пациентов с болезнью Альцгеймера выявляется

- 1) атрофия в височно-теменной области
- 2) атрофия лобных и височных областей
- 3) глобальная атрофия
- 4) очаги демиелинизации в белом веществе или подкорковые лакунарные инфаркты
- 5) цереброваскулярное поражение

62. Признаки, противоречащие диагнозу болезни Альцгеймера

- а) положительный семейный анамнез
  - б) острое начало
  - в) ясное сознание
  - г) очаговые неврологические изменения на ранней стадии
  - д) наличие периодов стабилизации
- 1) а, б    2) б, г    3) в, г    4) б, в, г    5) б, в, д

63. К антихолинэстеразным средствам относится

- 1) ривастигмин (Экселон, Novartis)
- 2) амантадина сульфат (ПК-Мерц, Merz)
- 3) мемантин (Акатинол мемантин, Merz)
- 4) пирибедил (Проноран, Servier)
- 5) тиоктовая кислота (Берлитион, Berlin-Chemie AG (Menarini Group))

64. У пациентов с деменцией возможно трансдермальное применение лекарственного средства

- 1) ривастигмин (Экселон, Novartis)
- 2) амантадина сульфат (ПК-Мерц, Merz)
- 3) мемантин (Акатинол мемантин, Merz)
- 4) пирибедил (Проноран, Servier)

5) донепезил (Донепезила гидрохлорид, *Actavis Ltd.*)

65. В клинической практике наиболее часто делаются ошибки в дифференциальной диагностике деменции и

- 1) апатии
- 2) депрессии
- 3) дисциркуляторной энцефалопатии
- 4) истерии
- 5) психоза

66. Развитие гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии чаще всего вызывается

- 1) стенозом крупных мозговых сосудов
- 2) спазмом мозговых сосудов
- 3) поражением мелких мозговых сосудов
- 4) повышением свертываемости крови
- 5) нарушением кардиальной гемодинамики

67. Декомпенсации хронической дисциркуляторной энцефалопатии не способствуют

- 1) повторные эпизоды нарушения ритма сердечной деятельности
- 2) повторные эпизоды колебания артериального давления
- 3) повышение агрегационной активности крови
- 4) повышение коагуляционной активности крови
- 5) хроническая соматическая патология

68. При шейном остеохондрозе чаще поражается артерия

- 1) спинномозговая
- 2) позвоночная
- 3) внутренняя сонная артерия
- 4) наружная сонная артерия
- 5) затылочная

69. Диагноз преходящего нарушения мозгового кровообращения устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу в течение

- 1) 3 часов
- 2) 6 часов
- 3) 12 часов
- 4) 24 часов
- 5) недели

70. Для неврологических проявлений вертебробазилярной недостаточности характерно наличие

- 1) вестибуломожечкового синдрома
- 2) гемифациальный спазм
- 3) когнитивных нарушений
- 4) синдрома Клода Бернара-Горнера
- 5) синдрома сенсомоторной афазии

71. Для бульбарного синдрома при хронической недостаточности мозгового кровообращения, в отличие от псевдобульбарного, характерно наличие

- 1) дизартрии

- 2) дисфагии
- 3) дисфонии
- 4) симптомов орального автоматизма
- 5) фибрилляции языка

72. Для ишемического таламического повреждения не характерно

- 1) сомнолентная апатия
- 2) ухудшение памяти
- 3) гемиатаксия
- 4) хореоатетодные нарушения
- 5) нарушение функции тазовых органов

73. Чисто моторный гемипарез, неловкость движений в конечностях, дизартрия, спонтанный плач, примитивные рефлексы (хоботковый, усиление челюстно-дрожательного рефлекса) – симптомы

- 1) ишемического инсульта
- 2) эмболического инсульта
- 3) лакунарного инсульта
- 4) внутримозгового кровоизлияния
- 5) субарахноидального кровоизлияния

74. Симптомом понтинной геморрагии не является

- 1) внезапная потеря сознания
- 2) головная боль, тошнота, головокружениу
- 3) тетрапарез
- 4) гипертермия
- 5) мидриаз

75. Верхнеквадрантная гемианапсия, сенсорная афазия, нарушения памяти, зрительная агнозия, зрительные галлюцинации – симптомы нарушения мозгового кровообращения в

- 1) каротидном бассейне
- 2) вертебробазилярном бассейне
- 3) бассейне заднемозговой артерии
- 4) бассейне среднемозговой артерии
- 5) бассейне стриарных артерий

76. Отличительной особенностью сосудистого паркинсонизма является

- 1) вовлечение верхних конечностей
- 2) вовлечение нижних конечностей
- 3) гемипаркинсонизм
- 4) преобладание тремора покоя
- 5) глазодвигательные нарушения

77. Противопоказанием к транспортировке в неврологический стационар больного с гипертоническим кровоизлиянием в мозг является

- 1) утрата сознания
- 2) рвота
- 3) психомоторное возбуждение
- 4) инфаркт миокарда
- 5) отек легких

78. Риск развития инсульта при патологии миокарда максимален у пациентов с
- 1) патологией коронарных артерий
  - 2) гипертрофией левого желудочка
  - 3) сердечной недостаточностью
  - 4) ИБС
  - 5) Миокардит
79. При формулировании диагноза острого сосудистого заболевания головного мозга согласно классификации НИИ неврологии РАМН. на первое место выносятся
- 1) этиология сосудистого процесса
  - 2) патогенез сосудистого поражения
  - 3) характер нарушения мозгового кровообращения
  - 4) название пораженного сосудистого бассейна
  - 5) клинический синдром
80. Вторичную профилактику инфаркта мозга необходимо проводить
- 1) с первых симптомов заболевания
  - 2) со 2-3-ей недели с момента заболевания
  - 3) через месяц с момента заболевания
  - 4) через год с момента заболевания
  - 5) с момента госпитализации
81. Очаг ишемического инсульта головного мозга выявляется МРТ от начала заболевания
- 1) через 1 ч
  - 2) через 3 ч
  - 3) через 6 ч
  - 4) к концу первых суток
  - 5) к концу первой недели
82. КТ выявляет зону гиподенсивности в очаге ишемического инсульта через
- 1) 1 ч от начала заболевания
  - 2) 2 ч от начала заболевания
  - 3) 4 ч от начала заболевания
  - 4) 6 и более от начала заболевания
  - 5) к концу первых суток
83. Для подтверждения диагноза сосудистого паркинсонизма необходимо проведение
- 1) дуплексного сканирования сосудов головы
  - 2) ЭХО-кардиография
  - 3) ЭЭГ
  - 4) Биохимических анализов крови
  - 5) нейровизуализации
84. Показанием для назначения дегидратирующих средств при ишемическом инсульте являются
- 1) выраженность общемозговой симптоматики
  - 2) выраженность очаговой симптоматики
  - 3) гиповолемия
  - 4) гиперкоагулопатия
  - 5) цереброкardiaльный синдром



85. Вазоактивные средства при ишемическом инсульте улучшают
- 1) церебральную гемодинамику и водно-электролитный баланс
  - 2) венозный кровоток
  - 3) водно-электролитный баланс и реологию крови
  - 4) сосудистый тонус
  - 5) ангиопротекцию
86. При лечении сосудистого паркинсонизма возможно применение следующего противопаркинсонического препарата
- 1) агониста дофаминовых рецепторов
  - 2) ингибитора КОМТ
  - 3) ингибитора МАО типа В
  - 4) леводопы
  - 5) холинолитика
87. Развитие гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии чаще всего вызывается
- 1) стенозом крупных мозговых сосудов
  - 2) спазмом мозговых сосудов
  - 3) поражением мелких мозговых сосудов
  - 4) повышением свертываемости крови
  - 5) нарушение кардиальной гемодинамики
88. Решающим условием адекватного коллатерального кровообращения головного мозга является состояние
- 1) тонуса и реактивности сосудов
  - 2) реологических свойств крови
  - 3) свертывающей–противосвертывающей системы крови
  - 4) архитектоники артериального круга большого мозга (Виллизиева круга)
  - 5) системной и центральной гемодинамики
89. Антикоагулянты при декомпенсации дисциркуляторной энцефалопатии назначаются, если у больного
- 1) атеросклероз
  - 2) артериальная гипертензия
  - 3) высокий гематокрит
  - 4) повторные ишемические атаки и/или постоянная форма мерцательной аритмии
  - 5) сахарный диабет
90. Для антиагрегантной терапии дисциркуляторной энцефалопатии на фоне атеросклероза применяют
- 1) винпоцетин (кавинтон)
  - 2) дигидроэрготоксин (редергин)
  - 3) токоферол ацетат (витамин Е)
  - 4) ацетилсалициловая кислота (аспирин)
  - 5) пентоксифиллин (трентал)
91. Для гипотензивной терапии у больных с дисциркуляторной энцефалопатией не применяют
- 1) ингибиторы АПФ
  - 2) диуретики

- 3) антагонисты кальция
- 4) блокаторы  $\beta$ -рецепторов
- 5) блокаторы  $\alpha$ -рецепторов

92. К этиотропной терапии атеросклеротической энцефалопатии относится назначение

- 1) антигипертензивных препаратов
- 2) вазоактивных средств
- 3) антиагрегантов
- 4) антиоксидантов
- 5) препаратов, нормализующих липидный обмен

93. Фармакотерапия больных с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения проводится с целью

- 1) предупреждения кардиocereбрального синдрома
- 2) улучшения церебральной гемодинамики и метаболизма мозга
- 3) регресса очаговой церебральной симптоматики
- 4) регресса общемозговой симптоматики
- 5) регресса общемозговой и очаговой церебральной симптоматики

94. Симптоматику ишемии в бассейне внутренней сонной артерии от ишемии в вертебробазилярном бассейне отличает

- 1) двоение в глазах
- 2) альтернирующие синдромы
- 3) двусторонние парезы
- 4) атаксия
- 5) оптико-гемиплегический синдром

95. Главная причина церебральной ишемии при остром инфаркте миокарда с нарушением ритма (кардиocereбральный синдром) –

- 1) повышение вязкости крови
- 2) повышение активности свертывающей системы
- 3) ухудшение реологических свойств крови
- 4) снижение системного перфузионного давления
- 5) повышение агрегации форменных элементов крови

96. Для фармакотерапии преходящих нарушений мозгового кровообращения на почве спазма мозговых артерий предпочтительнее назначить

- A. антиоксиданты
  - B.  $\alpha$ -адренергические блокаторы
  - C.  $\beta$ -адренергические блокаторы
  - D. антагонисты кальция
  - E. препараты ксантинового ряда (эуфиллин, трентал)
- 1) AB 2) AE 3) BC 4) BD 5) CD

97. К развитию тромбоза мозговых артерий приводит

- A. повышение вязкости крови
  - B. повышение агрегации тромбоцитов
  - C. повышение коагуляционной активности крови
  - D. повышение фибриногена плазмы
  - E. повышение внутриклеточного кальция
- 1) ABC 2) ADE 3) ABE 4) CDE 5) BDE

98. Нетромботический ишемический инсульт возникает в результате
- A. спазма артерий
  - B. мозговой сосудистой недостаточности при недостаточном притоке крови
  - C. артерио-артериальной микроэмболии
  - D. кардиогенной эмболии
  - E. патологической извитости сосудов
- 1) ABC 2) ABD 3) BCD 4) CDE 5) ABE
99. Для эмболии мозговых артерий характерно
- 1) постепенное развитие очаговой неврологической симптоматики
  - 2) внезапное развитие очаговой симптоматики
  - 3) отек диска зрительного нерва на стороне эмболии
  - 4) наличие общемозговой симптоматики
  - 5) атактический гемипарез
100. Тромбоз основной (базиллярной) артерии не проявляется
- 1) преимущественным поражением варолиева моста
  - 2) корковой слепотой
  - 3) вегетативно-висцеральными кризами
  - 4) транзиторными ишемическими атаками
  - 5) судорогами
101. Антикоагулянты при ишемическом инсульте не противопоказаны при
- 1) артериальном давлении выше 200/100 мм.рт.ст.
  - 2) заболеваниях печени
  - 3) язвенной болезни желудка
  - 4) почечнокаменной болезни
  - 5) сахарном диабете
102. Антикоагулянтная терапия при ишемическом инсульте применяется для коррекции
- 1) метаболического ацидоза
  - 2) гиперфибриногенемии
  - 3) гиперпротеинемии
  - 4) гиперлипидемии
  - 5) гиперцистеинемии
103. При гипертоническом кровоизлиянии в мозг применение антифибринолитиков (эпсилон-аминокапроновой кислоты и др.) не показано, поскольку
- 1) высок риск повышения артериального давления
  - 2) возможно значительное повышение внутричерепного давления
  - 3) кровоизлияние уже завершилось
  - 4) возможно усиление менингеального синдрома
  - 5) возможен обморок или судороги
104. Для дегидратирующей терапии гипертонического кровоизлияния в мозг при артериальном давлении 230/130 мм.рт.ст. и осмолярности крови выше 300 мосм/л следует выбрать
- 1) мочевины

- 2) стероиды
  - 3) маннитол
  - 4) лазикс
  - 5) хлорид аммония
105. При субарахноидальном кровоизлиянии у больного с выраженным атеросклерозом не применяют
- 1) анальгетики
  - 2) антифибринолитики
  - 3) дегидратационные препараты
  - 4) спазмолитики
  - 5) антигипертензивные средства
106. Для инструментальной диагностики спонтанного субарахноидального кровоизлияния абсолютно необходимы данные
- 1) ангиографии
  - 2) рэоэнцефалографии
  - 3) ультразвуковой доплерографии
  - 4) КТ или МРТ
  - 5) радионуклидной скинтиграфии
107. Немодифицируемые факторы риска развития инсульта
- A. возраст
  - B. пол
  - C. инсульт в анамнезе
  - D. ожирение
  - E. алкогольная зависимость
- 1) ABC 2) ABD 3) ABE 4) CDE 5) ACE
108. Риск развития инфаркта мозга повышают
- A. гиперурикемия
  - B. гипертиреоз
  - C. ТИА в анамнезе
  - D. бессимптомный каротидный стеноз
  - E. изъязвленные бляшки
- 1) ABC 2) ACD 3) ABE 4) CDE 5) ACE
109. Наиболее эффективный путь снижения риска развития инсульта – контроль артериальной гипертензии. Выбор препарата зависит от
- A. степени артериальной гипертензии
  - B. социально-демографических факторов
  - C. наличия или отсутствия поражения органов-мишеней
  - D. семейного анамнеза
  - E. инсульта в анамнезе
1. ABC 2) ACD 3) ABE 4) CDE 5) ACE
110. Инсульт – частая причина неврологической симптоматики, вызванной церебральной ишемией или кровоизлиянием вследствие патологии церебральных кровеносных сосудов. Современные определения инсульта предполагают
- A. наличие симптоматики длительностью более 24 ч.

- В. наличие острого повреждения вещества мозга по данным методов нейровизуализации у пациентов с продолжительностью симптоматики менее 24 ч.
- С. преходящее нарушение мозгового кровообращения симптомы, которого сохраняются в течение 1 нед.
- Д. развитие церебральных инфарктов даже при быстром регрессе клинических симптомов
- Е. преобладание длительностью менее суток общемозговых симптомов над очаговыми или даже отсутствие последних, с обязательным повышением АД
- 1) ABC 2) ACD 3) ABD 4) CDE 5) ACE
111. При инфаркте мозга диагностическую значимость имеют методы исследования
- А. КТ
- В. дуплексная сонография
- С. МРТ (диффузионно-взвешенная)
- Д. Ангиография
- Е. МРА (магнитно-резонансная ангиография)
- 1) ABC 2) ACD 3) ABD 4) CDE 5) ACE
112. Механизмы, посредством которых алкоголь может увеличивать риск развития инсульта
- А. артериальная гипертензия
- В. нарушение ритма сердца
- С. снижение церебрального кровотока
- Д. гиперкоагуляционное состояние
- Е. артериосклеротическая энцефалопатия
- 1) ABCE 2) ACDE 3) ABCD 4) CDE 5) ACE
113. Больным с хронической недостаточностью мозгового кровоснабжения мозга не проводится терапия, направленная на улучшение
- 1) церебральной гемодинамики
- 2) метаболизма мозга
- 3) ликвороциркуляции
- 4) микроциркуляции
- 5) реологических свойств крови
114. Какой из препаратов обладает антиагрегантными свойствами, блокируя циклооксигеназу
- 1) ацетилсалициловая кислота
- 2) дипиридамол (курантил)
- 3) клопидогрель
- 4) тиклопидин
- 5) сульфат магния
115. К этиотропной терапии атеросклеротической энцефалопатии не относится назначение
- 1) антигипертензивных препаратов
- 2) антиагрегантов
- 3) антиоксидантов
- 4) препаратов, нормализующих липидный обмен

5) гормонотерапия

116. Какой препарат относится к группе ингибиторов АПФ
- 1) нифедипин
  - 2) эгилок
  - 3) теветен (эпросартан)
  - 4) эналаприл
  - 5) Плавикс
117. Тромболизис при закупорке сосудов мозга целесообразен в случае
- 1) молодого возраста больного
  - 2) продолжительности закупорки менее 6 ч
  - 3) отсутствия анурии
  - 4) геморрагического синдрома
  - 5) умеренного изолированного неврологического дефицита
118. Для какого вида субарахноидального кровоизлияния характерно развитие артериального спазма
- 1) гипертонического
  - 2) атеросклеротического
  - 3) аневризматического
  - 4) травматического
  - 5) паренхиматозного
119. Какой из перечисленных препаратов применяется для уменьшения спастичности в парализованных конечностях после инсульта
- 1) пирацетам
  - 2) мидокалм
  - 3) гепарин
  - 4) детралекс
  - 5) циннаризин
120. Тактика при кровоизлиянии в мозжечок с развитием обструктивной гидроцефалии
- 1) дегидратационная терапия
  - 2) использование гемостатических препаратов
  - 3) декомпрессия задней черепной ямки с удалением гематомы
  - 4) использование ноотропных препаратов
  - 5) люмбальная пункция
121. Какой из перечисленных препаратов относится к низкомолекулярным гепаринам
- 1) фраксипарин
  - 2) гепарин
  - 3) фенилин
  - 4) тиклопидин
  - 5) олигогепарин
122. Для диагностики патологической извитости позвоночных артерий применяют
- 1) реоэнцефалографию
  - 2) ультразвуковую доплерографию

- 3) ангиографию
- 4) компьютерную томографию
- 5) МРТ

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

- 1) ангиографии
- 2) реоэнцефалографии
- 3) ультразвуковой доплерографии
- 4) компьютерной томографии
- 5) сцинтиграфии

124. Самым частым соматическим осложнением инсульта является

- 1) инфекция мочеполовых путей
- 2) декомпенсация сердечной деятельности
- 3) пневмония
- 4) нарушение сердечного ритма
- 5) тромбоз глубоких вен голени

125. Наиболее эффективным в лечении диссеминированного внутрисосудистого свертывания является

- хлористый кальций и викасол
- эпсилонаминокапроновая кислота
- дицинон (этамзилат)
- гепарин с замороженной плазмой
- магнезия сернокислая

126. У больного с инсультом для снижения артериального давления не рекомендовано назначать

- 1) каптоприл
- 2) нифидепин
- 3) анаприлин
- 4) магнезия сернокислая
- 5) дибазол

127. Противопоказанием к назначению гепарина является

- 1) глубокая кома
- 2) сахарный диабет
- 3) судороги
- 4) заболевания печени
- 5) вазодилатация желудочков

128. Антикоагулянты не применяют при

- 1) атеротромботическом инсульте
- 2) кардиоэмболическом инсульте
- 3) гемодинамическом инсульте
- 4) лакунарном инсульте
- 5) геморрагическом инсульте

129. Абсолютным противопоказанием к назначению ингибиторов АПФ является

- 1) бронхиальная астма

- 2) сахарный диабет
- 3) сердечная недостаточность
- 4) гиперкалиемия
- 5) дислипидемия

130. К статинам относятся

- 1) клофибрат
- 2) эндурацин
- 3) пробукол
- 4) квестран
- 5) мевакор

131. Для коррекции легких когнитивных нарушений сосудистой этиологии препаратом выбора является

- 1) церебролизин
- 2) актовегин
- 3) мемантин
- 4) проноран
- 5) галантамин

132. Для лечения легких дементных нарушений сосудистого генеза препаратом выбора является

- 1) цераксон
- 2) ноопепт
- 3) экселон
- 4) кортексин
- 5) танакан

2. Заболевания периферической нервной системы, мышц и нервно-мышечной передачи.

133. К компрессионно-ишемическим поражениям относятся

- 1) вестибуломожечковый синдром
- 2) альтернирующий синдром
- 3) бульбарный синдром
- 4) синдром запястного канала
- 5) синдром чужой руки

134. Поражение какого черепного нерва может сопровождаться приступами тонических сокращений мимической мускулатуры, слезотечением, гиперсолеватацией, назореей

- 1) тройничного нерва
- 2) лицевого нерва
- 3) глазодвигательного нерва
- 4) слухового нерва
- 5) зрительного нерва

135. Какой симптом возникает при поражении задних корешков спинного мозга

- 1) менингеальный
- 2) Мацкевича
- 3) Россолимо
- 4) Жуковского
- 5) Оппенгейма



136. Выберите симптом периферического паралича
- 1) патологические стопные рефлексы
  - 2) фибрилляции
  - 3) повышение глубоких рефлексов
  - 4) аддукторные симптомы
  - 5) патологические синкинезии
137. Прозопалгия – это
- 1) боль в области лица
  - 2) боль в области поясницы
  - 3) боли при определенной позе
  - 4) боли в конечностях
  - 5) боли в шейном отделе
138. Первыми симптомами полиневропатии являются
- 1) позитивные сенсорные симптомы (парестезии в области стоп и кончиков пальцев)
  - 2) негативные сенсорные симптомы (онемение и снижение чувствительности),
  - 3) болевой симптом
  - 4) двигательные нарушения
  - 5) снижение тонуса в конечностях
139. Наличие полиневропатий помогает подтвердить
- 1) ЭНМГ
  - 2) МРТ
  - 3) УЗДГ
  - 4) Контрастная рентгенография
  - 5) КТ
140. Симптомокомплекс, включающий офтальмоплегию, атаксию и арефлексию, характерен для
- 1) синдрома Гийена—Барре.
  - 2) болезни Шарко—Мари—Тута
  - 3) синдрома Фишера
  - 4) хронической воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии
  - 5) мультифокальной двигательной невропатии с блоками проведения
141. Паранеопластические невропатии это
- 1) состояния при опосредованном влиянии злокачественных опухолей
  - 2) состояния при опосредованном влиянии инфекций
  - 3) состояния при опосредованном влиянии токсических веществ
  - 4) состояния при опосредованном влиянии соматических заболеваний
  - 5) состояния при опосредованном влиянии доброкачественных опухолей
142. Состав ликвора при демиелинизирующей полиневропатии
- 1) белково-клеточная диссоциация
  - 2) повышение уровня глюкозы
  - 3) повышение нейтрофилов
  - 4) уровень белка в пределах нормы
  - 5) клеточно-белковая диссоциация

143. При пояснично-крестцовом радикулите могут быть положительными симптомы все, кроме
- 1) симптома Ласега
  - 2) симптома Нери
  - 3) симптома Дежерина
  - 4) симптома посадки
  - 5) симптома Бехтерева-Мари-Фуа
144. Синдром узла коленца (с.Ханта) проявляется всем, кроме
1. боли в области уха
  2. нарушение чувствительности языка
  3. боли в затылке лице и шее
  4. головокружение
  5. снижение глоточного рефлекса
145. Невралгия тройничного нерва сопровождается всем, кроме
- 1) приступообразные боли «боли, бьющие током»
  - 2) рефлекторные сокращения мимической и жевательной мускулатуры
  - 3) слезотечением
  - 4) повышение слюноотделения
  - 5) постоянные острые боли
146. Невралгия языкоглоточного нерва сопровождается всем, кроме
- 1) болевые пароксизмы в корне языка
  - 2) болевые пароксизмы в области миндалин
  - 3) сухость в горле
  - 4) гиперсоливатация
  - 5) двусторонние боли
147. Для неврита подкрыльцового нерва характерно все, кроме
- 1) невозможность поднять руку до горизонтального уровня
  - 2) атрофия дельтовидной мышцы
  - 3) разболтанность в плечевом суставе
  - 4) нарушение чувствительности по внутренней поверхности верхней три плеча
  - 5) нарушение чувствительности по наружной поверхности верхней три плеча
148. Для синдрома компрессии локтевого нерва характерно все, кроме
- 1) боли и парестезии в локтевой половине кисти
  - 2) боли и парестезии в IV-V пальцах
  - 3) гипотрофия и слабость межкостных мышц
  - 4) гипотрофия и слабость мышц, приводящих I и V палец кисти
  - 5) снижение болевой и температурной чувствительности в первых трех пальцах кисти
149. Для алкогольной полиневропатии характерно все, кроме
- 1) поражение преимущественно разгибателей стопы
  - 2) повышение сухожильных и периостальных рефлексов
  - 3) мышечная гипотония
  - 4) расстройства поверхностной чувствительности по типу «перчаток и носков»
  - 5) болей по типу «прострела»

150. К токсическим полинейропатиям не относится
- 1) алкогольная
  - 2) лекарственная
  - 3) мышьяковая
  - 4) диабетическая
  - 5) ртутная
151. К наследственным полинейропатиям относится
- 1) спинальная амиотрофия Верднига-Гофмана
  - 2) невральная амиотрофия Шарко-Мари
  - 3) диабетическая полинейропатия
  - 4) хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия
  - 5) синдром Гийена-Барре
152. К клиническим проявлениям компрессии корешка L5 при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника относятся
- 1) боль по наружной поверхности ноги, парез разгибателей I пальца стопы
  - 2) боль по передней поверхности бедра
  - 3) снижение ахиллова рефлекса
  - 4) снижение коленного рефлекса
  - 5) гипестезия в паховой области
153. К клиническим проявлениям компрессии корешка S1 при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника относятся
- 1) отсутствие ахиллова рефлекса, гипестезия задненаружной поверхности ноги, наружного края стопы
  - 2) нарушения функции тазовых органов по периферическому типу
  - 3) снижение коленного рефлекса, болезненность по медиальной поверхности голени
  - 4) болезненность и гипестезия в паховой области
  - 5) периферические парезы мышц бедра
154. Какие из перечисленных симптомов не являются симптомами натяжения?
- 1) симптом Нери
  - 2) симптом Бабинского
  - 3) симптом Дежерина
  - 4) симптом Мацкевича
  - 5) симптом Вассермана
155. К симптомам натяжения седалищного нерва не относится
- 1) симптом Ласега
  - 2) симптом Нери
  - 3) симптом Бонне
  - 4) симптом посадки
  - 5) симптом Мацкевича
156. Для лечения алкогольной полинейропатии не используется
- 1) прием алкоголя в малых дозах
  - 2) отказ от приема алкоголя
  - 3) анальгетики
  - 4) ЛФК
  - 5) витамины группы В

157. Невралгия тройничного нерва проявляется
- 1) постоянными ноющими болями в половине лица
  - 2) парезом мимической мускулатуры
  - 3) приступами сильной боли в зоне иннервации тройничного нерва
  - 4) контралатеральным гемипарезом
  - 5) приступами интенсивной гемикрании с тошнотой и рвотой
158. Характер боли при невралгии тройничного нерва
- 1) ноющий, постоянный
  - 2) ощущение покалывания
  - 3) жгучий, режущий, простреливающий
  - 4) приступообразное ощущение онемения
  - 5) переходящие парезы мимических мышц
159. Для лечения невралгии тройничного нерва могут использоваться
- 1) противопаркинсонические препараты
  - 2) противоэпилептические препараты
  - 3) антибиотики
  - 4) фторхинолоны
  - 5) антигистаминные средства
160. К заболеваниям, сопровождающимся нарушением нервно-мышечной передачи, относится
- 1) миопатия
  - 2) амиотрофия
  - 3) миотония
  - 4) миастения
  - 5) миозит
161. Феномен патологической мышечной утомляемости и мышечной слабости имеет название
- 1) миопатия
  - 2) миотрофия
  - 3) миотония
  - 4) миастения
  - 5) миозит
162. Миастенический синдром обусловлен нарушениями
- 1) проводимости по периферическому нерву
  - 2) нервно-мышечной передачи
  - 3) функции мотонейронов передних рогов
  - 4) в мышечных волокнах первичного характера
  - 5) в миелиновой оболочке нерва
163. Причиной миастенического синдрома может быть
- 1) меланома
  - 2) туберкулома
  - 3) фибромиома
  - 4) аденома
  - 5) тимома
164. Для миастенического криза не характерно
- 1) мидриаз

- 2) сухость во рту
- 3) тахикардия
- 4) парез кишечника
- 5) миоз

165. Для холинэргического криза характерно

- 1) сухость во рту
- 2) тахикардия
- 3) мидриаз
- 4) миоз
- 5) парез кишечника

166. При подозрении на миастению проводят

- 1) пробу с прозеринном
- 2) пробу Минора
- 3) пробу с аспирином
- 4) пробу с папаверином
- 5) пробу Мажора

167. Препаратом выбора для лечения миастении является

- 1) калимин
- 2) клофеллин
- 3) кларитин
- 4) карипазим
- 5) карнитин

168. Для верификации диагноза миастении поводят

- 1) электорнейромиографию
- 2) электроэнцефалографию
- 3) электрокардиографию
- 4) краниографию
- 5) эхоэнцефалографию

169. Нарушение чувствительности по типу «перчаток и носков» соответствует

- 142 корешковому типу
- 143 полиневритическому типу
- 144 спинально-проводниковому типу
- 145 церебрально-проводниковому типу
- 146 сегментарно-диссоциированному типу

170. Для лечения невралгии тройничного нерва может использоваться

- 1) финлепсин
- 2) фтивазид
- 3) финоптин
- 4) ферроплекс
- 5) габапентин

171. В лечении полинейропатий не используется

- 1) лечение основного заболевания
- 2) терапия глюкокортикоидами

- 3) трентал
  - 4) бетасерк
  - 5) массаж
172. Для лечения диабетической полинейропатии не используется
- 1) коррекция углеводного обмена
  - 2) альфа-липоевая кислота
  - 3) никотиновая кислота
  - 4) витамины группы В
  - 5) карипазим
173. При поражении лицевого нерва до отхождения большого поверхностного каменистого нерва наблюдается
- 1) прозопарез, сухость глаза, гиперракузия, снижение вкуса
  - 2) прозопарез, слезотечение, гиперракузия, снижение вкуса
  - 3) прозопарез, слезотечение, снижение вкуса
  - 4) прозопарез, слезотечение
  - 5) прозопарез, сходящееся косоглазие
174. При поражении лицевого нерва ниже отхождения большого поверхностного каменистого нерва, но выше отхождения стременного нерва наблюдается
- 1) прозопарез, сухость глаза, гиперракузия, снижение вкуса
  - 2) прозопарез, слезотечение, гиперракузия, снижение вкуса
  - 3) прозопарез, слезотечение, снижение вкуса
  - 4) прозопарез, слезотечение
  - 5) прозопарез, сходящееся косоглазие
175. При поражении лицевого нерва ниже отхождения стременного нерва, но выше отхождения барабанной струны наблюдается
- 1) прозопарез, сухость глаза, гиперракузия, снижение вкуса
  - 2) прозопарез, слезотечение, гиперракузия, снижение вкуса
  - 3) прозопарез, слезотечение, снижение вкуса
  - 4) прозопарез, слезотечение
  - 5) прозопарез, сходящееся косоглазие
176. Прозерин является
- 1) ингибитором ангиотензин-превращающего фермента
  - 2) ингибитором холинэстеразы
  - 3) ингибитором обратного захвата серотонина
  - 4) ингибитором протонной помпы
  - 5) ингибитором фосфодиэстеразы
177. В лечении больных с синдромом Гийена-Барре НЕ используется
- 1) плазмаферез
  - 2) ИВЛ
  - 3) витамины группы В
  - 4) прозерин
  - 5) баклофен
178. Для невропатии лицевого нерва характерно
- 1) симптом Бернара - Горнера
  - 2) симптом Белла

- 3) сходящееся косоглазие
  - 4) симптом Бехтерева
  - 5) симптом Бабинского
179. Для невралгии лицевого нерва не характерно
- 1) лагофтальм
  - 2) диплопия
  - 3) снижение надбровного рефлекса
  - 4) гиперacusia
  - 5) слезотечение
180. Для невралгии лицевого нерва не характерно
- 1) боли в заушной области
  - 2) снижение вкуса на передних 2/3 языка
  - 3) птоз
  - 4) снижение коренального рефлекса
  - 5) вытекание жидкой пищи из угла рта
181. Для лечения невралгии лицевого нерва используют
- 1) преднизолон
  - 2) финлепсин
  - 3) тегретол
  - 4) карбамазепин
  - 5) прегабалин
182. Осложнением невралгии лицевого нерва является
- 1) опухоль мостомозжечкового угла
  - 2) инсульт
  - 3) контрактура мимической мускулатуры
  - 4) невралгия тройничного нерва
  - 5) снижение слуха
183. Для верхней плечевой плексопатии характерно
- 1) невозможность отведения руки в плечевом суставе и сгибания предплечья
  - 2) невозможность сгибания кисти и разгибания предплечья
  - 3) паралич мышц кисти
  - 4) гипестезия кисти
  - 5) снижение трицепсального рефлекса
184. Для нижней плечевой плексопатии характерно
- 1) невозможность отведения руки в плечевом суставе
  - 2) невозможность сгибания в локтевом суставе
  - 3) паралич мышц кисти и гипестезия кисти
  - 4) гипестезия надплечий в виде «капюшона»
  - 5) гипестезия наружной поверхности плеча
185. Для невралгии лучевого нерва не характерно
- 1) свисающая кисть
  - 2) невозможность отведения I пальца
  - 3) анестезия I, II, частично III пальцев кисти
  - 4) анестезия IV, V, частично III пальцев кисти
  - 5) невозможность разгибания предплечья

186. Для невропатии лучевого нерва не характерно
- 1) слабость разгибателей кисти и предплечья
  - 2) "когтистая" кисть
  - 3) невозможность супинации предплечья
  - 4) снижение трицепитального рефлекса
  - 5) снижение карпорадиального рефлекса
187. Для невропатии локтевого нерва не характерно
- 1) невозможность сгибания, отведения и приведения IV, V пальцев кисти
  - 2) анестезия I, II, частично III пальцев кисти
  - 3) анестезия IV, V, частично III пальцев кисти
  - 4) "когтистая" кисть
  - 5) атрофия межкостных, червеобразных мышц, тенара и гипотенара
188. Для невропатии срединного нерва не характерно
- 1) нарушение сгибания I, II, III пальцев
  - 2) атрофия тенара, кисть напоминает "обезьянью лапу"
  - 3) "когтистая" кисть
  - 4) анестезия ладонной поверхности I, II, III частично IV пальцев
  - 5) нарушение противопоставления I пальца
189. Для невропатии малоберцового нерва не характерно
- 1) парез разгибателей стопы
  - 2) невозможность встать на пятки
  - 3) невозможность встать на носки
  - 4) анестезия наружной поверхности голени и тыла стопы
  - 5) петушиная походка, степпаж
190. Для невропатии большеберцового нерва не характерно
- 1) парез сгибателей стопы
  - 2) невозможность встать на пятки
  - 3) невозможность встать на носки
  - 4) отсутствие ахиллова рефлекса
  - 5) анестезия задней поверхности голени, наружного края стопы, подошвы
191. Причиной полинейропатии не является
- 1) дифтерия
  - 2) алкоголизм
  - 3) сахарный диабет
  - 4) инсульт
  - 5) прием цитостатиков
192. Классификация полинейропатий по этиологии не включает в себя
- 1) инфекционные полинейропатии
  - 2) токсические полинейропатии
  - 3) соматогенные полинейропатии
  - 4) наследственные полинейропатии
  - 5) демиелинизирующие полинейропатии
193. Для полинейропатии не характерно
- 1) нарушение чувствительность по моновритическому типу



- 2) тетрапарезы
  - 3) снижение рефлексов
  - 4) гипотрофия мышц
  - 5) вегетативные расстройства
194. Для полинейропатии не характерно
- 1) ступаж
  - 2) снижение рефлексов
  - 3) гипотрофия мышц
  - 4) изменения при электромиографии
  - 5) патологические стопные знаки
195. Для полинейропатии не характерно
- 1) нарушение чувствительности по полиневритическому типу
  - 2) отсутствие мышечно-суставного чувства в пальцах стоп
  - 3) боль
  - 4) гемианестезия
  - 5) парестезии
196. Для дифтерийной полинейропатии не характерно
- 1) носовой оттенок голоса
  - 2) расстройство глотания
  - 3) симптом Маринеску-Радовичи
  - 4) вялый парез дистальных отделов конечностей
  - 5) отсутствие небного и глоточного рефлексов.
197. Для дифтерийной полинейропатии не характерно
- 1) анестезия по полиневритическому типу
  - 2) развитие через 1-2 года после дифтерии
  - 3) развитие на 1-2 неделе заболевания
  - 4) поражение бульбарной группы черепных нервов
  - 5) вялый парез в дистальных отделах конечностей
198. Для верификации диагноза наследственной полиневропатии используют
- 1) магнитно-резонансную томографию позвоночника
  - 2) магнитно-резонансную томографию головы
  - 3) электронейромиографию
  - 4) реовазографию
  - 5) электроэнцефалографию
199. Развитие парезов при мышечных дистрофиях обусловлено нарушениями
- 1) проводимости по периферическому нерву
  - 2) нервно-мышечной передачи
  - 3) функции мотонейронов передних рогов
  - 4) в миелиновой оболочке нерва
  - 5) в мышечных волокнах первичного характера
200. Развитие парезов при наследственной невропатии обусловлено нарушениями
- 1) проводимости по центральному мотонейрону
  - 2) нервно-мышечной передачи
  - 3) функции мотонейронов передних рогов
  - 4) функции мотонейронов коры головного мозга

- 5) проводимости по периферическому нерву
201. Для наследственной невропатии характерно наличие
- 1) спастических парезов
  - 2) нарушений чувствительности по мононевритическому типу
  - 3) нарушений чувствительности по корешковому типу
  - 4) нарушений чувствительности по полиневритическому типу
  - 5) нарушений мочеиспускания
202. Для синдрома Гийена-Барре не характерно:
- 1) центральные парезы конечностей
  - 2) распространение парезов с нижних конечностей на верхние
  - 3) белково-клеточная диссоциация в ликворе
  - 4) парестезии в конечностях
  - 5) развитие дыхательной недостаточности
203. Препарат выбора для купирования холинергического криза
- 1) атропин
  - 2) прозерин
  - 3) наком
  - 4) анаприлин
  - 5) адреналин
204. К препаратам, противопоказанным при миастении относится
- 1) прозерин
  - 2) калимин
  - 3) преднизолон
  - 4) верошпирон
  - 5) панангин
205. Для миастенического криза не характерно наличие
- 1) дыхательных нарушений
  - 2) фасцикуляций
  - 3) тахикардии
  - 4) мидриаз
  - 5) задержка мочеиспускания
206. Препараты, не используемые при миастеническом кризе
- 1) преднизолон
  - 2) иммуноглобулины
  - 3) нейролептики
  - 4) атропин
  - 5) цитостатики
207. Синдром Ламберта-Итона является
- 1) миопатическим
  - 2) миотоническим
  - 3) экстрапирамидным
  - 4) миастеническим
  - 5) корешковым

### 3. Вегетативные и нейроэндокринные расстройства.

208. К надсегментарному аппарату вегетативной нервной системы относятся

- 1) вегетативные ядра III, VII, X, IX черепных нервов
- 2) боковые рога спинного мозга C8-L2, S3-S5
- 3) пограничный симпатический ствол
- 4) лимбикоретикулярный комплекс
- 5) превертебральные сплетения внутренних органов

209. К сегментарному аппарату вегетативной нервной системы относятся

- 1) вегетативные ядра III, VII, X, IX черепных нервов и боковые рога спинного мозга C8-L2, S3-S5
- 2) ретикулярная формация
- 3) базальные ганглии
- 4) гипоталамус
- 5) лимбическая система

210. К сегментарному аппарату симпатической нервной системы относится

- 1) вегетативные ядра III, VII, IX, X черепных нервов
- 2) боковые рога спинного мозга сегментов C8-L2
- 3) серое вещество сегментов S3-S5 спинного мозга
- 4) гипоталамус
- 5) лимбико-ретикулярный комплекс

211. Сегментарный аппарат симпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов на уровне сегментов

- 1) C5-C8
- 2) T1-T8
- 3) C8-L2
- 4) L2-S5
- 5) C3-T4

212. К сегментарному аппарату парасимпатической нервной системы относятся

- 1) вегетативные ядра III, VII, IX, X черепных нервов
- 2) боковые рога спинного мозга сегментов C8-L2
- 3) лимбическая система
- 4) гипоталамус
- 5) ретикулярная формация

213. Спинальный сегментарный аппарат парасимпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов на уровне сегментов

- 1) C2-C5
- 2) C6-T2
- 3) T5-T8
- 4) S2-S4
- 5) L2-S5

214. Лимбическая система включает

- 1) висцеральные ядра *n. oculomotorii, n. vagus*
- 2) гиппокамп
- 3) сенсорные мотонейроны

- 4) симпатический ствол
- 5) интрамуральные сплетения внутренних органов

215. Лимбическая система участвует в регуляции

1. желез внутренней секреции
2. интеллектуально-мнестической сферы
3. мочеиспускания
4. цикла сна и бодрствования
5. эмоциональной реактивности

216. К гипоталамической области принадлежит

1. зубчатое ядро
2. супраоптическое ядро
3. хвостатое ядро
4. ядро шатра
5. бледный шар

217. Гипоталамическая область участвует

1. в регуляции цикла сон-бодрствование
2. в регуляции и координации мышечного тонуса
3. в формировании чувствительных нарушений
4. в формировании двигательных нарушений
5. в регуляции ритма сердца

218. Синдром поражения структур симпатической иннервации глаза называется

1. синдром Аргайль-Робертсона
2. метаморфопсия
3. синдром Клода Бернара-Горнера
4. синдром Белла
5. лагофтальм

219. Нейроны, осуществляющие парасимпатическую иннервацию глаз расположены

1. в ядрах Якубовича и Перлиа III пары черепных нервов
2. в боковых рогах спинного мозга сегментов C8-D2
3. в боковых рогах сегментов D12-L2
4. в верхнем шейном ганглии
5. в коре головного мозга

220. Постоянные боли в подчелюстной области и языке, периодически обостряющиеся с усилением слюноотделения, с иррадиацией в нижнюю челюсть верхнюю губу, висок характерны для поражения

1. ушного узла
2. подчелюстного и подъязычного узлов
3. цилиарного узла
4. крылонебного узла
5. звездчатого узла

221. Поражение крылонебного узла не проявляется

1. гиперсекрецией и гиперемией слизистой оболочки носовой полости
2. слезотечением
3. слюноотделением

4. парезом мимической мускулатуры
5. приступообразными болями в области корня носа, иррадиирующими в глазное яблоко, слуховой проход, затылок, шею

222. При поражении диэнцефальной области возникает

1. внутренняя офтальмоплегия
2. симптом Аргайля-Робертсона
3. спастическая тетраплегия
4. гипоталамический синдром
5. полиневритическое расстройство чувствительности

223. При дисфункции лимбико – гипоталамических отделов мозга наблюдается нарушение мочеиспускания в виде

1. императивных позывов
2. парадоксальной ишурии
3. истинного недержания мочи с сохранным тонусом детрузора
4. истинного недержания мочи с атонией детрузора
5. ночного недержания мочи, дневного парциального упускания мочи

224. К первичным надсегментарным вегетативным нарушениям относится

1. мигрень
2. неврастения
3. невроз
4. психовегетативный синдром
5. сирингомиелия

225. Вазомоторная реакция на штриховое раздражение кожи

1. гиперемия
2. дермографизм
3. парестезия
4. пилоmotorный рефлекс
5. синдром Рейно

226. Центр симпатической иннервации глаз

1. ядра Якубовича и Перлиа III пары черепных нервов
2. боковые рога спинного мозга сегментов C8-D2
3. цилиарный и ресничный ганглии
4. боковые рога сегментов D12-L2
5. ретикулярная формация

227. При раздражении структур симпатической иннервации глаза наблюдаются

1. экзофтальм, расширение глазной щели, мидриаз
2. птоз, миоз, энофтальм
3. отсутствие фотореакции, сохранение конвергенции, аккомодации
4. сходящееся косоглазие
5. двоение предметов перед глазами

228. Нарушение симпатической иннервации глаза свойственно для поражения

1. верхних грудных узлов
2. верхнего шейного узла
3. крылонебного узла

4. звездчатого узла
5. периферических мотонейронов

229. При поражении структур симпатической иннервации глаза наблюдаются

1. птоз, миоз, энофтальм
2. мидриаз, парез аккомодации, нет реакции зрачков на свет
3. сходящееся косоглазие
4. двоение предметов перед глазами
5. расходящееся косоглазие

230. Синдром Клода Бернара-Горнера возникает

1. при поражении структур симпатической иннервации глаза
2. при раздражении структур симпатической иннервации глаза
3. при поражении структур парасимпатической иннервации глаза
4. при поражении лимбикоретикулярного комплекса
5. при нейросифилисе

231. При поражении структур парасимпатической иннервации глаза наблюдаются

1. птоз, миоз, энофтальм
2. мидриаз, парез аккомодации, отсутствие реакции зрачков на свет
3. сходящееся косоглазие
4. двоение предметов перед глазами
5. отсутствие фотореакции, сохранение конвергенции, аккомодации

232. Нарушение кожно-вегетативной иннервации нижней части туловища, ног и вегетативно-висцеральные расстройства органов брюшной полости характерны для поражения

1. звездчатого узла
2. верхних грудных узлов
3. нижне-грудных и поясничных узлов
4. крылонебного узла
5. цилиарного узла

233. Поражение периферической вегетативной нервной системы проявляется

1. периферической вегетативной недостаточностью
2. нарушением терморегуляции
3. нейроэндокринно-метаболическими расстройствами
4. кластерной головной болью
5. психовегетативным синдромом

234. Заболевание, характеризующееся невритом лицевого нерва, отеком лица и складчатым языком

- 1) ангионевротический отек
- 2) болезнь Меньера
- 3) невралгия языкоглоточного нерва
- 4) паралич Белла
- 5) синдром Россолимо-Мелькерсона- Розенталя

235. Нарушение, при котором во сне происходит непроизвольное выделение мочи, и больной не просыпается от позывов к мочеиспусканию

- 1) парадоксальная ишурия

- 2) парциальное упускание мочи
- 3) поллакиурия
- 4) странгурия
- 5) энурез

236. Для купирования приступа мигрени используют

- 1) холинолитики
- 2) триптаны
- 3) антигистаминные препараты
- 4)  $\beta$ -адреноблокаторы
- 5) бензодиазепины

237. Рекомендации по эффективному лечению мигрени не предполагают

1. поведенческую терапию
2. соблюдение режима труда и отдыха
3. соблюдение режима сна, включая дневной
4. ограничение приема алкоголя
5. намеренный прием кофе, крепкого чая

238. К гипоталамическим синдромам относится

1. аменорея
2. гипотиреоз
3. головная боль
4. панические атаки
5. симптоадреналовый криз

239. Для болезни Рейно характерно

1. ангиоспазм
2. правосторонний гемипарез и гемигипостезия
3. побледнение и похолодание пальцев рук и ног с болью
4. судороги в руках и нога
5. «сумочные» парестезии

240. Для лечения болезни Рейно в первых стадиях заболевания необходимо назначать

- 1) анальгетики
- 2) адренолитические и сосудорасширяющие средства
- 3) антидепрессанты
- 4) антиконвульсанты
- 5) антипиретики

241. Парасомнии включают

- 1) бессонница
- 2) быстрый сон
- 3) медленный сон
- 4) сноговорение
- 5) сонные апноэ

242. Какую функцию не выполняет вегетативная нервная система

- 1) регуляция всех видов обмена
- 2) регуляция трофики тканей, потоотделения, роста ногтей и волос

- 3) регуляция мышечного тонуса, позы и окраски движений
- 4) регуляция ритмичности течения всех биологических процессов
- 5) регуляция уровня потребления жидкости и пищи

243. Выберите правильное утверждение

- 1) вегетативные нервные волокна толще соматических. Они проводят возбуждение со скоростью 100 м/с, тогда как скорость проведения возбуждения соматических волокон 0,5 м/с
- 2) постганглионарные вегетативные волокна имеют миелиновую оболочку
- 3) по вегетативным нервным волокнам возбуждение проводится в двух направлениях (центробежном и центростремительном)
- 4) вегетативные нервные волокна не имеют связей между собой и с соматической нервной системой
- 5) ВНС не участвует в стресс-реакции организма

244. Что относится к надсегментарному уровню регуляции вегетативных функций

- 1) кора головного мозга, ретикулярная формация, гипоталамическая область
- 2) кранио-бульбарный отдел (ядра III, VII, IX, X пар ЧМН)
- 3) клеточные группы серого вещества спинного мозга на уровне S<sub>II-V</sub>
- 4) только кора головного мозга
- 5) превертебральные и интрамуральные сплетения внутренних органов

245. Чем представлена симпатическая нервная система

- 1) боковые рога C<sub>VIII</sub> – L<sub>II</sub> сегменты, пограничный симпатический ствол, превертебральные и интрамуральные сплетения внутренних органов
- 2) кранио-бульбарный отдел ВНС (ядра III, VII, IX, X пар ЧМН)
- 3) кора головного мозга, ретикулярная формация, гипоталамическая область
- 4) сакральный отдел ВНС (клеточные группы серого вещества спинного мозга на уровне S<sub>II-IV</sub>)
- 5) стриарная и паллидарная системы

246. При выпадении парасимпатической иннервации глаза развивается

- 1) синдром Клода Бернара-Горнера
- 2) симптом Аргайля-Робертсона
- 3) выпадение полей зрения – скотомы, гемианопсии зрительные галлюцинации
- 4) диплопия, расходящееся косоглазие
- 5) положительная прозерина проба

247. При выпадении симпатической иннервации глаза развивается

- 1) синдром Клода Бернара-Горнера
- 2) симптом Аргайля-Робертсона
- 3) выпадение полей зрения – скотомы, гемианопсии зрительные галлюцинации
- 4) диплопия, расходящееся косоглазие
- 5) положительная прозерина проба

248. К нарушениям мочеиспускания по центральному типу относится всё, кроме

- 1) острая задержка мочи
- 2) императивные позывы на мочеиспускание
- 3) периодическое недержание мочи
- 4) церебральный незаторможенный мочевой пузырь
- 5) истинное недержание мочи



249. Парадоксальная ишурия – это

- 1) выделение мочи по мере поступления в мочевой пузырь вследствие пареза всех мышц мочевого пузыря
- 2) выделение мочи по каплям при переполненном мочевом пузыре вследствие механического растяжения сокращенных сфинктеров при параличе мышц детрузора
- 3) внезапные непреодолимые позывы на мочеиспускание с последующим недержанием мочи
- 4) отсутствие мочеиспускания при переполненном мочевом пузыре
- 5) периодическое произвольное выделение мочи без предшествующего позыва рефлекторно при небольшом наполнении мочевого пузыря

250. К первичным надсегментарным вегетативным нарушениям относится всё, кроме

- 1) мигрень
- 2) нейрогенные обмороки
- 3) болезнь Рейно
- 4) вегетативные расстройства при неврозах
- 5) эритромелалгия

251. К первичным сочетанным надсегментарным и сегментарным вегетативным нарушениям относится всё, кроме

- 1) идиопатическая прогрессирующая вегетативная недостаточность
- 2) вегетативные расстройства при сочетании соматических и психических расстройств
- 3) множественная системная атрофия и прогрессирующая вегетативная недостаточность
- 4) паркинсонизм и прогрессирующая вегетативная недостаточность
- 5) семейная дизавтономия (Райли-Дея)

252. К этиологическим факторам вегетативных нарушений не относятся

- 1) конституциональные особенности и психические нарушения
- 2) изменение психофизиологического состояния и соматические заболевания
- 3) возрастные эндокринные перестройки и эндокринные заболевания
- 4) заболевания нервной системы и профессиональные заболевания
- 5) особые пищевые привычки и переизбыток

253. Кардиоваскулярные нарушения в рамках психовегетативного синдрома не могут проявляться

- 1) изменением сердечного ритма (синусовая тахикардия или брадикардия, наджелудочковая пароксизмальная тахикардия, наджелудочковая экстрасистолия)
- 2) лабильностью артериального давления
- 3) болями в области сердца, связанными с физической нагрузкой, иррадиирующими в левую руку, в зубы и нижнюю челюсть, уменьшающимися после приема нитроглицерина
- 4) кардиалгическим синдромом в виде болей ноющего, колющего, покалывающего, давящего, жгучего, сжимающего, пульсирующего характера
- 5) вазомоторными реакциями (цианоз, бледность, гиперемия кожных покровов, приливы, зябкость кистей, стоп)

254. Дыхательные нарушения в рамках психовегетативного синдрома не могут проявляться как

- 1) нехватка воздуха, неудовлетворенность вдохом
- 2) экспираторная одышка, дыхание Чейна-Стокса
- 3) затрудненный вдох, ощущение заложенности в грудной клетке
- 4) периодические глубокие вдохи, приступы непродуктивного кашля
- 5) зевота, сопение

255. Нарушение терморегуляции в рамках психовегетативного синдрома не может выражаться как

- 1) гипотермия
- 2) постоянный субфебрилитет
- 3) гектическая лихорадка
- 4) ознобopodobный гиперкинез
- 5) синдром ознобления

256. Что из перечисленного нельзя отнести к ангиотрофалгическим синдромам

- 1) рефлекторная симпатическая дистрофия
- 2) каузалгия
- 3) комплексный региональный болевой синдром III типа
- 4) синдром Рейно
- 5) эритромелалгия

257. Вегетативные нарушения при поражении периферических нервов характеризуются

- 1) нарушением всех видов чувствительности в зоне иннервации пораженного периферического нерва
- 2) интенсивными «простреливающими» болями и (или) парестезиями в зоне иннервации пораженного периферического нерва, положительными симптомами натяжения
- 3) жгучим оттенком боли с наличием гиперпатии, вазомоторными нарушениями, нарушением трофики кожи в зоне иннервации соответствующих периферических нервов
- 4) нарушением болевой и температурной чувствительности при сохранении тактильной и глубокой в зоне иннервации соответствующих периферических нервов
- 5) нарушением тактильной и глубокой чувствительности при сохранении болевой и температурной в зоне иннервации соответствующих периферических нервов

258. Белый дермографизм указывает на

- 1) повышение тонуса симпатической нервной системы
- 2) развитие приступа эпилепсии в ближайшее время
- 3) повышение тонуса парасимпатической нервной системы
- 4) повышенную возбудимость соматической нервной системы
- 5) наличие изолированных тревожных расстройств у человека

259. Выберите неправильное утверждение

- 1) экзогенная инсомния может быть связана с внешним шумом, изменением графика работы, приемом алкоголя или лекарственных средств
- 2) психофизиологическая инсомния – состояние, возникающее после

эмоционального стресса, но сохраняющееся даже после разрешения стрессовой ситуации

- 3) идиопатическая инсомния – редкое заболевание, начинается в детстве и сохраняется в течение всей жизни
- 4) идиопатическая инсомния характеризуется отсутствием ночного сна, коротким сном несколько раз в неделю и хорошим самочувствием
- 5) синдром беспокойных ног - состояние, характеризующееся неприятными ощущениями в нижних конечностях, которые появляются в покое (чаще в вечернее и ночное время) и вынуждают больного совершать облегчающие их движения и часто приводят к нарушению сна

260. Какой тип апноэ во сне вероятнее всего будет выявлен у мужчины с избыточной массой тела, короткой массивной шеей, хроническим ринитом, искривлением носовой перегородки и гипотиреозом

- 1) центральный тип
- 2) аллергический тип
- 3) эндогенный тип
- 4) рефлексорный тип
- 5) обструктивный тип

261. Катаплексия – это

- 1) повышенная дневная сонливость, частые кратковременные дневные засыпания
- 2) внезапная потеря мышечного тонуса на фоне сохранного сознания, провоцирующаяся эмоциональной реакцией или неожиданным стимулом
- 3) снопоподобные видения в момент засыпания
- 4) патологически длительное сохранение приданной позы («восковая гибкость»)
- 5) спутанность, неустойчивость, дискоординация при утреннем пробуждении

262. Типичная мигренозная боль

- 1) имеет односторонний характер сторона боли от приступа к приступу может меняться
- 2) незначительная, редко имеет пульсирующий характер
- 3) локализуется в теменно-затылочной области, усиливается при переходе в горизонтальное положение
- 4) всегда сопровождается рвотой и профузным потоотделением
- 5) купируется самостоятельно в течение 1 часа

263. Для пациентов с функциональными расстройствами сердечнососудистой системы не характерны жалобы на

- 1) боли в области сердца
- 2) сердцебиение
- 3) жжение за грудиной во время ходьбы, возникающее после физической нагрузки и проходящее в покое
- 4) бессонницу
- 5) чувство нехватки воздуха

264. На ЭКГ при функциональных расстройствах сердечно-сосудистой системы часто регистрируются следующие изменения

- 1) подъем сегмента ST

- 2) блокада левой ножки пучка Гиса
- 3) инверсия зубца Т
- 4) высокий зубец Р во II-III стандартных отведениях
- 5) отсутствие зубца Р

265. У пациента имеются жалобы на похолодание рук, головные боли, ноющие боли в области сердца. Наиболее информативным диагностическим методом исследования является

- 1) ЭКГ-проба с физической нагрузкой
- 2) исследование ФВД
- 3) клинический и биохимический анализы крови
- 4) рентгенография органов грудной клетки
- 5) КТ средостения

266. Характерными клинико-электрокардиографическими признаками вегетативной дистонии являются

- 1) наличие связи болевого синдрома с изменениями конечной части желудочкового комплекса на ЭКГ
- 2) инверсия зубца Т в нескольких грудных отведениях
- 3) отрицательная ЭКГ-проба с  $\beta$ -блокаторами
- 4) патологический зубец Q
- 5) депрессия сегмента ST во II, III, AVF

267. Показания для назначения психотропных препаратов у больных вегетативной дистонией

- 1) просьба пациента о назначении данных препаратов
- 2) наличие панических атак и тревожных расстройств
- 3) наличие суицидальных мыслей и действий
- 4) наличие судорожных припадков
- 5) недавно возникшая смутная симптоматика

268. Препараты какой группы показаны 30-летней пациентке с тревожно-депрессивными расстройствами, у которой в течение последних 3 лет основной жалобой являются ноющие боли в области сердца длительного характера, не связанные с физической нагрузкой

- 1) органические нитраты
- 2) бета-адреноблокаторы
- 3) блокаторы кальциевых каналов
- 4) НПВС
- 5) СИОЗС

269. Одним из патогенетических механизмов развития симптомов вегетативной дисфункции служит избыточная продукция

- 1) катехоламинов
- 2) стероидных гормонов
- 3) кининов
- 4) эстрогенов
- 5) глюкозы

270. В кардиологическое отделение поступил пациент, 48 лет, с жалобами на ноющие боли в левой половине грудной клетки, появляющиеся при физической нагрузке,

иногда в покое, длительностью 10-15 мин, проходящие самостоятельно. В течение последнего года отметил ухудшение переносимости физических нагрузок, повышенную утомляемость, головные боли, головокружения, бессонницу, непереносимость алкоголя. При осмотре - кожные покровы лица гиперемированы, ладони влажные, больной повышенного питания. ЧСС - 100 в минуту. АД - 180/100 мм рт.ст. На ЭКГ - синусовая тахикардия, нормальное положение электрической оси сердца, слабоотрицательный зубец Т в отведениях V5-V6. Какое назначение лечащего врача будет неверным?

- 1) бета-адреноблокаторы
- 2) нитраты
- 3) проведение ЭхоКГ
- 4) проведение нагрузочной пробы после нормализации АД
- 5) анксиолитики с седативным эффектом при бессоннице

271. В международных руководствах, посвященных диагностике цефалгий, постулируется

- 1) дополнительные методы не являются обязательными в диагностике первичных форм цефалгий
- 2) дополнительные методы являются обязательными в диагностике первичных форм цефалгий
- 3) в диагностике первичных форм цефалгий является обязательным превентивное лечение
- 4) первичные цефалгии всегда сопровождаются рвотой и профузным потоотделением
- 5) первичные цефалгии переносятся удовлетворительно и купируются самостоятельно в течение 1 часа

#### 4. Психоневрология, соматоневрология.

272. К невротическим расстройствам относится

1. амнестический синдром
2. диссоциативно-конверсионное расстройство
3. когнитивный диссонанс
4. синдром дефицита внимания и гиперактивности
5. фрустрация

273. Мизофобия-это

1. навязчивые идеи загрязнения
2. навязчивые действия
3. навязчивые мысли
4. навязчивые сомнения
5. контрастные навязчивости

274. Дифференцировать истерический паралич от истинного позволяет проба

1. на апраксию
2. на тонкую моторику
3. с надавливанием на глазные яблоки
4. с давлением на сонную артерию
5. постуральная

275. Сенсбилизация к внешним раздражителям характерна для
1. астазии-абазии
  2. астенического расстройства
  3. гипервентиляционного расстройства
  4. реактивной депрессии
  5. сурдомутизма
276. Феномен пассивного сопротивления можно увидеть при
1. компульсиях
  2. конверсии
  3. obsессии
  4. панической атаке
  5. фобиях
277. Желание не подчиняться императивному пробуждению возникает при
1. компульсии
  2. конверсии
  3. навязчивых мыслях
  4. пароксизмальных состояниях
  5. панической атаке
278. Гипотетическая тревога и избегательное поведение наиболее вероятны при
1. астенических расстройствах
  2. атипичном аффективном синдроме
  3. вегетативной дисфункции
  4. витальной депрессии
  5. тревожно- фобических расстройствах
279. Ритуалы наиболее характерны для
1. астенических расстройств
  2. диссоциативно-конверсионных расстройств
  3. obsессивно-компульсивных расстройств
  4. соматоформных расстройств
  5. тревожно-фобических расстройств
280. Первичные компульсивные движения
1. обусловлены синдромом гиперактивности
  2. индуцируют двигательную расторможенность
  3. никогда не поддаются контролю
  4. могут быть прерваны и затем не возобновляются
  5. лишены когнитивной составляющей
281. К особенностям поведения лиц с конверсионными расстройствами не относится
1. демонстративность
  2. динамичность и изменчивость в поведении
  3. экспрессивность поведения
  4. элементы манипулирования окружающими
  5. мизофобия
282. Истерические дуги, феномен пассивного сопротивления, реакция зрачков на свет характеризуют

1. астенические расстройства
2. конверсионные расстройства
3. обсессивно-компульсивные расстройства
4. тревожно-фобические расстройства
5. генерализованное тревожное расстройство

283. Для синкопального вертебрального синдрома характерна зависимость клиники от

1. когнитивных способностей
2. положения головы
3. метеоусловий
4. возраста
5. уровня артериального давления

284. Действия различной степени сложности, которые больной совершает на фоне утраченного или сумеречно суженного сознания называются

1. Тики
2. Миоклонии
3. Автоматизмы
4. Асинергия
5. Атетоидные движения

285. Препараты, используемые для патогенетического лечения пароксизмальных состояний.

1. антиконвульсанты
2. ангиагреганты
3. тромболитики
4. гипотензивные
5. аналептики

286. Для дифференциального диагноза фебрильных судорог и проявлений нейроинфекций необходимо проведение

1. люмбальной пункции
2. ЭЭГ – исследования
3. Эхо ЭГ
4. дуплексного исследования сосудов шеи
5. ангиографии

287. Фактор риска, детерминирующий повторное развитие фебрильных судорог

1. наследственная отягощенность по фебрильным судорогам и эпилепсии
2. отсутствие неврологической патологии
3. тяжелый инфекционный процесс в первый эпизод
4. последующее лечение антиконвульсантами
5. профилактический прием антипиретиков в последующие эпизоды

288. У детей чаще, чем у взрослых встречаются пароксизмальные состояния

1. вегетативные

2. двигательные
3. диссомнические
4. психические
5. сенсорные

289. Повторное непроизвольное мочеиспускание во сне –

1. императивные позывы
2. истинное недержание
3. недержание вследствие нейрогенного мочевого пузыря
4. стрессовое недержание мочи
5. энурез

290. Пароксизмальные состояния наиболее распространены среди

1. детей младшего возраста
2. людей трудоспособного возраста
3. пожилых людей
4. беременных
5. спортсменов

291. Синкопальные состояния наиболее характерны для

1. новорожденных детей
2. детей младшего возраста
3. детей дошкольного возраста
4. подростков и взрослых
5. одинаково встречаются во всех возрастах

292. Чаще всего причиной миастенического криза является

1. опухоль гипофиза
2. опухоль тимуса
3. надпочечниковая недостаточность
4. опухоль надпочечников
5. сахарный диабет

293. При мигрени наиболее часто встречается аура

1. сенсорная
2. двигательная
3. слуховая
4. зрительная
5. комбинированная

294. Объективным критерием дифференциальной диагностики эпилептических и псевдоэпилептических приступов может служить

1. ЭЭГ-картина во время приступа
2. уровень пролактина и креатинкиназы после приступа
3. выставленный диагноз эпилепсии
4. одиночные сходные приступы в анамнезе
5. данные психиатрического обследования

295. Первая помощь при синкопальных состояниях включает в первую очередь

1. транспортную иммобилизацию и фиксацию больного
2. обеспечение доступа свежего воздуха и приподнимание ног выше уровня



головы

3. введение седативных и нейролептических препаратов
4. проведение реанимационных мероприятий
5. немедленную госпитализацию в стационар без оказания помощи на месте

296. Для синкопального вертебрального синдрома характерна зависимость клиники от

1. когнитивных способностей
2. положения головы
3. метеоусловий
4. возраста
5. уровня артериального давления

297. Действия различной степени сложности, которые больной совершает на фоне утраченного или сумеречно суженного сознания называются

1. Тики
2. Миоклонии
3. Автоматизмы
4. Асинергия
5. Атетоидные движения

298. Модель социальной обусловленности здоровья, разработанная ВОЗ, предполагает, что здоровье население зависит от факторов внутренней среды человека и наследственности в среднем на

1. 100 %
2. 50 %
3. 25%
4. 15 %
5. зависимости нет

299. Предварительный диагноз заболевания нервной системы устанавливается в течение

1. 1-ых суток
2. 2-х суток
3. 3-х суток
4. 4-х суток
5. 5-суток

300. При направлении больных в центры реабилитации листок нетрудоспособности может выдаваться

1. на весь срок реабилитации
2. на 10 дней
3. на 20 дней
4. на 30 дней
5. на срок проезда до места реабилитации

301. К категории высокого риска развития цереброваскулярных заболеваний относят следующие диспансерные группы

1. группа А
2. группа Б
3. группа В
4. группа А и Б
5. группа Б и В



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Саратовский государственный медицинский университет имени В.И.  
Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России)**

**Приложение № 2**

**КОМПЛЕКТ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО  
КОНТРОЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ  
ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ**

**ДИСЦИПЛИНА  
НЕВРОЛОГИЯ  
СПЕЦИАЛЬНОСТЬ  
31.08.47 РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ**

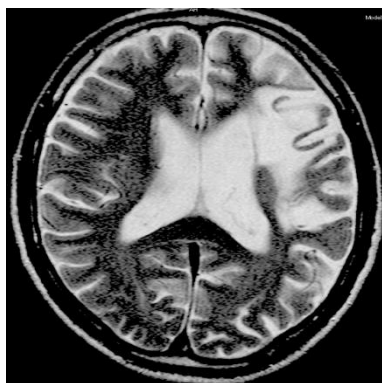
Квалификация  
врач-рефлексотерапевт  
Форма обучения  
**ОЧНАЯ**

## 1. Сосудистые заболевания нервной системы.

### ЗАДАЧА № 1.

Больной М., 62 лет, госпитализирован в стационар в экстренном порядке с жалобами на слабость и онемение в правых конечностях, нарушение речи. В течение 12 лет страдает артериальной гипертензией, гипотензивные препараты принимает нерегулярно. В утренние часы отметил общую слабость, при попытке встать с постели упал из-за слабости в правых конечностях. Через некоторое время появилось онемение правых конечностей, нарушение речи. При измерении АД зафиксированы цифры 180/110 мм. рт. ст.

Состояние средней степени тяжести. АД = 170/100 мм. рт. ст. ЧСС = 78 в 1 мин., ЧДД = 17 в 1 мин. Кожные покровы бледные. Тоны сердца приглушены, ритмичные. В сознании, контакт затруднен из-за речевых нарушений: обращенную речь понимает, слова произносит неразборчиво, меняет буквы в словах. Сглажена правая носогубная складка, опущен правый угол рта. Девиация языка вправо. Правосторонняя гемипарезия. Движения ограничены в правых конечностях. Мышечная сила снижена в правых конечностях до 3 баллов, в левых - 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы D>S. Симптом Бабинского, Жуковского (+) справа. Менингеальный синдром в виде вязкости мышц затылка, симптома Кернига справа.



### ВОПРОСЫ:

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Интерпретируйте данные МРТ головного мозга.
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Наметьте план дальнейшего обследования.
6. Определите тактику ведения пациента.

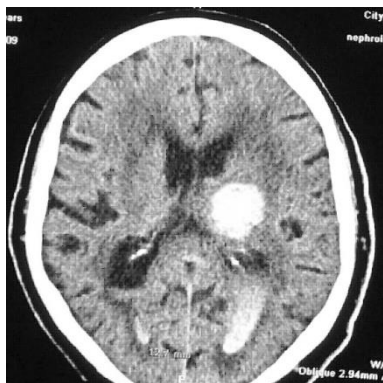
### ЗАДАЧА № 2.

Больная О. 47 лет госпитализирована в неврологическое отделение по экстренным показаниям в бессознательном состоянии. Со слов мужа больная страдает артериальной гипертензией в течении 5 лет, гипотензивные препараты регулярно не принимает. Во время уборки дома внезапно упала, потеряла сознание.

Состояние тяжелое. Лицо гиперемировано. АД 240/120 мм.рт.ст., ЧСС 104, ЧДД 20, температура тела – 38,2°. Тоны сердца приглушены, ритмичные, больная избыточного питания. Сознание угнетено до степени сопора. На окрик пытается открыть глаза, реагирует на болевые раздражители отдергиванием конечностей. Зрачки расширены, реакция на свет сохранена. Сглажена левая носогубная складка, опущен левый угол рта, левая щека «парусит» при дыхании. Активных движений в конечностях нет, поднятые руки и ноги падают как плети, слева быстрее. Мышечный тонус в конечностях повышен

по пирамидному типу, больше слева. Сухожильные и периостальные рефлексы S>D. Патологический симптом Бабинского слева. Левая стопа ротирована кнаружи. Менингеальный синдром в виде ригидности мышц затылка, двустороннего симптома Кернига.

ОАК: НЬ-132 г/л, Л-10,2, СОЭ-22 мм/ч. Ликвор: вытекает под высоким давлением, интенсивно окрашен кровью, реакция Панди ++, белок - 0,66 г/л, цитоз- 60 в 1 мкл, эритроциты - 1300000 в 1 мкл. Глазное дно: гипертоническая ангиопатия, очаги кровоизлияния на сетчатке. ЭКГ: гипертрофия левого желудочка, тахикардия.



### ВОПРОСЫ:

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Интерпретируйте данные МРТ головного мозга.
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Наметьте план дальнейшего обследования.
6. Определите тактику ведения пациентки.

### ЗАДАЧА № 3.

Больной Д. 30 лет госпитализирован в неврологическое отделение по экстренным показаниям. Со слов коллег по работе после психоэмоционального перенапряжения внезапно появилась интенсивная головная боль, отмечалась рвота, затем развился эпилептический припадок. При осмотре отмечается психомоторное возбуждение, больной пытается встать, стонет, держится руками за голову. Кожные покровы гиперемированы, АД 170/100 мм.рт.ст., ЧСС 96, ЧДД 19, температура тела-37,9.

Со стороны черепных нервов патологии не выявлено. Достоверных расстройств чувствительности не выявлено. Парезов, параличей нет. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, без достоверной разницы сторон. Менингеальный синдром в виде выраженной ригидности затылочных мышц, симптомы Брудзинского (верхний, средний и нижний), симптом Кернига с 2х сторон.

Ликвор: красный, вытекает под высоким давлением, эритроциты -3000 в 1 мкл, цитоз - 28 в 1 мкл, белок - 0,90 г/л, реакция Панди ++. После проведенной спинномозговой пункции состояние больного несколько улучшилось.



### ВОПРОСЫ:

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Интерпретируйте данные МРТ головного мозга.
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Наметьте план дальнейшего обследования.
6. Определите тактику ведения пациента.

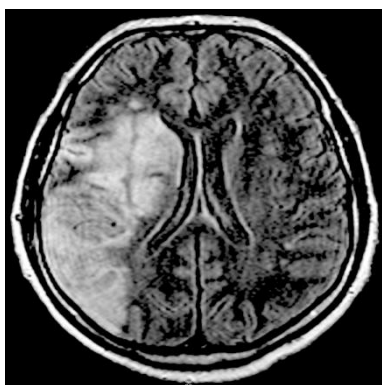
### ЗАДАЧА № 4.

Больная К. 66 лет, госпитализирована в неврологическое отделение по экстренным показаниям с жалобами на внезапно возникшее онемение и слабость в левых конечностях, нарушение зрения, асимметрию лица.

Из анамнеза известно, что в течение 14 лет страдает ИБС, стенокардией напряжения, артериальной гипертензией.

Общее состояние относительно удовлетворительное, АД 140/90 мм.рт.ст., ЧСС 77, ЧДД 18, тоны сердца приглушены, ритмичные. В сознании, контактна, несколько вялая, адинамичная, быстро истощается. Левосторонняя гомонимная гемианопсия. Центральный парез лицевого и подъязычного нервов слева. Левосторонняя гемигипестезия. Левосторонний гемипарез со снижением силы до 3 баллов и повышением рефлексов. Патологический симптом Бабинского слева. Менингеальные симптомы отрицательные.

ОАК и ОАМ: без особенностей. Ликвор: бесцветный, прозрачный, реакция Панди +, белок - 0,33 г\л, цитоз - 3 в мкл.



#### ВОПРОСЫ:

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Интерпретируйте данные МРТ головного мозга.
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Наметьте план дальнейшего обследования.
6. Определите тактику ведения.

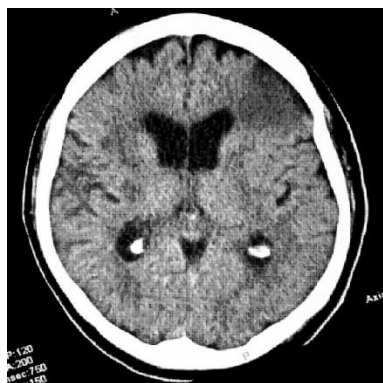
#### ЗАДАЧА № 5.

Больной П. 54 лет поступил с жалобами на внезапно возникшую слабость в правой ноге. Накануне вечером отмечалась слабость в ноге, которая продолжалась несколько минут, затем исчезла. Доставлен МСП в неврологическое отделение. Из анамнеза известно, что страдает ревматизмом, артериальной гипертензией.

Состояние относительно удовлетворительное. АД 160/90 мм. рт. ст. ЧСС 66, ЧДД 17, тоны сердца приглушены, мерцательная аритмия.

Сознание ясное, контактен. Со стороны черепных нервов патологии не выявлено. Гипестезия правой нижней конечности. Движения ограничены в правой ноге. Мышечная сила снижена в правой ноге до 2 баллов. Мышечный тонус повышен по пирамидному типу в правой ноге. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук средней живости, без достоверной разницы сторон, с ног S<D. Патологический симптом Бабинского справа. Менингеальные симптомы отрицательные.

ОАК и ОАМ: без особенностей. ЭХО-ЭС: смещения срединных структур нет.



#### ВОПРОСЫ:

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Интерпретируйте данные МРТ головного мозга.
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Наметьте план дальнейшего обследования.
6. Определите тактику ведения пациента.

### ЗАДАЧА № 6.

Больной Е., 68 лет предъявляет жалобы на остро возникшее нарушение зрения (выпадение половины поля зрения справа). Из анамнеза известно, что длительное время страдает сахарным диабетом, артериальной гипертензией. Постоянно получает инсулин. Периодически пациента беспокоит головокружение, головная боль, пошатывание при ходьбе.

Состояние относительно удовлетворительное. АД 150/100 мм.рт.ст. ЧСС 68, ЧДД 16. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Сознание ясное, контактен, затрудняется дать название предметам, может охарактеризовать их. Правосторонняя гомонимная гемианопсия. Со стороны остальных черепных нервов патологии не выявлено. Гипестезия дистальных отделов конечностей по типу «перчаток» и «носков». Движения в полном объеме. Мышечная сила достаточная. Мышечный тонус не изменен. Сухожильные и периостальные рефлексы снижены, без достоверной разницы сторон. В позе Ромберга пошатывается, координаторные пробы выполняет с легкой интенцией. Менингеальные симптомы отрицательные.



### ВОПРОСЫ:

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Интерпретируйте данные МРТ головного мозга.
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Наметьте план дальнейшего обследования.
6. Определите тактику ведения пациента.

### ЗАДАЧА № 7.

Мужчина 57 лет доставлен в больницу в связи с развившимися два часа назад нарушениями речи и слабостью в правых конечностях. Три года назад перенёс инфаркт миокарда, в течение последнего года беспокоят приступы стенокардии напряжения. Постоянно принимает аспирин по одной таблетке (100 мг) вечером. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., пульс – 75 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, речь отсутствует, обращенную речь понимает плохо, движения глазных яблок вправо ограничены, парез нижней части мимической мускулатуры справа, при высовывании девиация языка вправо, отсутствуют движения в правых конечностях, справа ослаблены все виды чувствительности, оживление сухожильных рефлексов справа, симптом Бабинского справа.

### ВОПРОСЫ:

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Наметьте план дальнейшего обследования.
5. Определите тактику ведения пациента.

### ЗАДАЧА № 8.

Женщина 40 лет доставлена в больницу в связи с жалобами на головокружение, тошноту и нарушение глотания, которые возникли днём 2 часа назад. В 30 лет диагностирован ревматический порок сердца, по поводу чего наблюдается у кардиолога. При обследовании: в сознании, в области проекции митрального клапана выслушивается диастолический шум, артериальное давление – 150/100 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: менингеальных знаков нет, птоз, миоз и энофтальм справа, голос глухой, глотание невозможно, справа свисает дужка мягкого нёба и отсутствует глоточный рефлекс, парезов конечностей нет, болевая и температурная чувствительность снижены на лице справа, на туловище и конечностях – слева, интенционный тремор при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной проб в правых конечностях.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Наметьте план дальнейшего обследования.
5. Определите тактику лечения.

#### **ЗАДАЧА № 9.**

Женщина 55 лет доставлена в больницу в связи с возникшей 4 часа назад слабостью в правой ноге. Год назад перенесла инсульт, сопровождавшийся развитием слабости в левых конечностях, преимущественно в ноге. Сила мышц частично восстановилась. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 75 в минуту, ритм правильный, систолический шум на шее в проекции бифуркации обеих общих сонных артерий. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, насильственный плач, положительные симптомы орального автоматизма, снижение силы до 2-х баллов в правой ноге и до 4-х баллов в правой руке и левой ноге, оживление сухожильных рефлексов, симптом Бабинского с обеих сторон.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Наметьте план дальнейшего обследования.
5. Определите тактику лечения.

#### **ЗАДАЧА №10.**

Мужчина 65 лет доставлен в больницу в связи с развившейся два часа назад слабостью в правых конечностях. Шесть лет назад перенес инфаркт миокарда, после которого отмечаются приступы стенокардии покоя и напряжения, а также пароксизмы мерцательной аритмии. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 100-140 в минуту, ритм неправильный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, выпадение полей зрения слева, парез нижней части мимической мускулатуры слева, при высовывании девиация языка влево, отсутствие движений в левых конечностях с повышением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов слева, симптом Бабинского слева, утрачены все виды чувствительности на левой половине лица, туловища и в левых конечностях.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.

2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Наметьте план дальнейшего обследования.
5. Определите тактику лечения.

#### **ЗАДАЧА №11.**

Мужчина 60 лет доставлен в больницу в связи со слабостью в левых конечностях, которая возникла внезапно днём. В течение последних 20 лет отмечаются эпизоды повышения артериального давления до 180/110 мм рт.ст., обычные значения артериального давления в последний год – 160/90 мм рт.ст. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление - 200/120 мм рт.ст., пульс – 70 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: менингеальных знаков нет, снижение силы в левых конечностях до 3-х баллов, чувствительность не изменена, слева рефлексы оживлены и выявляется симптом Бабинского. На третьи сутки с момента заболевания парез полностью регрессировал, компьютерная томография не выявила изменений в головном мозге.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Наметьте план дальнейшего обследования.
5. Определите тактику лечения.

#### **ЗАДАЧА №12.**

Женщина 70 лет предъявляет жалобу на снижение зрения на левый глаз, которое возникло два дня назад. Она обратилась к терапевту по месту жительства и была направлена в стационар. В течение последних 10 лет страдает гипертонической болезнью, стенокардией напряжения. При обследовании: артериальное давление - 180/110 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритмичный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, выпадение левых полей зрения, парезов нет, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Наметьте план дальнейшего обследования.
5. Определите тактику лечения.

#### **ЗАДАЧА №13.**

Женщина 55 лет доставлена в больницу в связи с интенсивной головной болью и слабостью в левых конечностях, которые возникли при уборке квартиры. В течение длительного времени наблюдается кардиологом с диагнозом: «Гипертоническая болезнь». При обследовании: спутанное состояние сознания, гиперемия лица, артериальное давление – 210/120 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, выпадение левых полей зрения, парез нижней части мимических мышц слева, отсутствие движений в левых конечностях, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева, снижение всех видов чувствительности на левой половине лица, туловища и в левых конечностях. В дальнейшем состояние больной ухудшилось, появились сонливость и расходящееся косоглазие.



### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Как объяснить ухудшение состояния больной?
4. Назовите наиболее информативное дополнительное исследование.
5. Определите тактику лечения.

### **ЗАДАЧА № 14.**

Мужчина 50 лет доставлен в больницу в связи с интенсивной головной болью, тошнотой и повторными рвотами, которые возникли днём после физической нагрузки. До заболевания считала себя практически здоровым. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 160/100 мм рт.ст., пульс – 70 ударов в минуту, ритм правильный, светобоязнь, ригидность шейных мышц, парезов и других неврологических нарушений нет.

### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Наметьте план дальнейшего обследования.
5. Определите тактику лечения.

### **ЗАДАЧА № 15.**

У больной Г., 55 лет внезапно появилась интенсивная головная боль, шум в голове, мелькание мушек перед глазами, тошнота, однократная рвота, общая слабость. При измерении АД зафиксированы цифры 190\110 мм.рт.ст. Машиной скорой помощи доставлена в клинику через 1 час с момента возникновения заболевания.

Из анамнеза известно, что больная длительное время страдает артериальной гипертензией, гипотензивные препараты принимает нерегулярно.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное, кожные покровы бледные. АД-185/110 мм.рт.ст., ЧСС-72 в минуту, ЧДД 19 в минуту. Границы сердца расширены, тоны приглушены, ритмичные, определяется пастозность голеней. В сознании, нарушена ориентация во времени. Со стороны черепных нервов патологии не выявлено. Достоверных расстройств чувствительности не выявлено. Движения в полном объеме. Мышечная сила достаточная. Мышечный тонус не изменен. Сухожильные и периостальные рефлексы средней живости, без достоверной разницы сторон. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга пошатывается, координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Менингеальные симптомы в виде вязкости мышц затылка, симптом Кернига положительный с 2-х сторон под углом 170 градусов.

### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Наметьте план дальнейшего обследования.
5. Определите тактику лечения.

### **ЗАДАЧА №16.**

У больного П., 52 лет утром внезапно появилась слабость в правой руке, речевые нарушения. Данные симптомы сохранялись в течение 1 часа, затем сила в правой руке выросла, речь восстановилась.

Из анамнеза известно, что больной курит в течение 20 лет, страдает атеросклерозом сосудов нижних конечностей, аорты, церебральных, коронарных сосудов.

Осмотрен врачом через 2,5 часа от момента возникновения заболевания. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное, в сознании, со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД 140/100 мм.рт.ст., ЧСС 72 в минуту, ЧДД 18 в минуту. Со стороны черепных нервов патологии не выявлено. Достоверных расстройств чувствительности не выявлено. Движения в полном объеме. Мышечная сила конечностей 5 баллов. Мышечный тонус не изменен. Сухожильные и периостальные рефлексы средней живости, без достоверной разницы сторон. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга устойчив, координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Менингеальные симптомы отрицательные.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. С чем следует дифференцировать это заболевание?
4. Наметьте план дальнейшего обследования.
5. Определите тактику лечения

#### **ЗАДАЧА № 17.**

Больной В. 20 лет была вызвана машина скорой помощи в связи с кратковременной потерей сознания. Из анамнеза известно, что девушка, придя домой с работы, где произошел конфликт с сотрудниками, испытывала сильное чувство тревоги. Через некоторое время девушка стала ощущать ползанье мурашек по телу, волны жара и холода, присоединилось сердцебиение, чувство нехватки воздуха, головокружение, тошнота. Эти симптомы нарастали в течение 10-15 минут, после чего достигли своего пика, когда девушка почувствовала слабость в ногах и потеряла сознание по типу медленного оседания (со слов очевидцев около 30 сек.). Мама девушки привела ее в чувства (нашатырь, свежий воздух), вызвала МСП.

При осмотре состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Больная ориентируется в пространстве, во времени и в отношении самой себя. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Выраженный акроцианоз, конечности холодные на ощупь. Дыхание везикулярное, ЧДД 22 в 1 мин, тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 86 в мин., АД 90/60 мм.рт.ст. Мочеиспускание не нарушено. Чувствительная и двигательная сферы без патологии. Очаговой симптоматики не выявлено. Менингеальных знаков нет. На ЭКГ: ритм синусовый, тахикария, умеренный обменный нарушения миокарда  
Глюкоза крови- 3,8 ммоль/л

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Каков патогенез данного заболевания.
3. Назначьте план обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте план лечения.

#### **ЗАДАЧА № 18.**

Больная, 34 года поступила с жалобами на боли в дистальных отделах ног и рук жгучего характера, возникающие при согревании тела, сопровождающиеся онемением, распуханием конечностей, покраснением.

Анамнез заболевания: считает себя больной с 20-летнего возраста, когда после родов появились боли и повышенная температурная чувствительность в кистях и стопах. Постепенно боли усилились. Они сопровождались покраснением кожи и гипестезией.

Плохо переносила жару. Летом развивались приступы болей в дистальных отделах ног и рук, переходящие в проксимальные отделы, сопровождающиеся покраснением и отечностью. При опускании конечностей в прохладную воду боли уменьшались. Частота приступов достигала 5—6 в день, длительность — до получаса. В последние 2-3 года у пациентки развилась общая слабость, появилась плаксивость, плохое настроение, ухудшился сон.

Росла и развивалась соответственно возрасту. Работает бухгалтером. В настоящее время — инвалид 3 группы. Младшая сестра страдает подобным заболеванием.

Неврологический статус: со стороны внутренних органов и областей черепной иннервации отклонений не выявлено. Рефлексы равномерно снижены. Болевая гипестезия по типу перчаток (до средней трети плеча) и носков (до колена) симметрично. При поступлении: руки на ощупь горячие, отечные, гиперемированы в виде разлитых пятен на уровне кистей и предплечий, стопы пастозны и гиперемированы. На фоне лечения дистальные отделы рук и ног стали бледными, отечность их уменьшилась.

При электронейромиографии установлены нарушения преимущественно проксимальных отделов аксонов (радикулопатия с заинтересованностью спинальных структур, преимущественно моторных, в меньшей степени — сенсорных).

При МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника выявлены дегенеративно-дистрофические изменения, а при МРТ головного мозга — начальные проявления гидроцефалии.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Объясните патогенез данного заболевания.
3. Назначьте план обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте лечение.

#### **ЗАДАЧА №19.**

Больная О., 18 лет обратилась в неврологическое отделение с жалобами на приступы головной боли, возникающие с периодичностью 1 раз в месяц.

Из анамнеза известно, что головные боли беспокоят около 5 лет, когда впервые стали беспокоить приступообразные головные боли. Приступы головной боли возникают 1-2 раза в месяц, по характеру боль пульсирующая и очень интенсивная, начинается в правой височно-теменной области, с иррадиацией в затылочную область. Продолжительность боли до двух суток. Приступы сопровождаются светобоязнью, тошнотой, иногда рвотой, приносящей облегчение, общей слабостью, раздражительным настроением. Больная отмечает, что у нее случались обмороки по типу медленного оседания при резкой смене положения тела, при долгом стоянии в душном помещении. Стояла на «Д»-учете у невролога с диагнозом: ВСД по гипотоническому типу. Последнее ухудшение состояния 3 дня назад, когда после сдачи экзамена ощутила сильную усталость, через некоторое время появились зрительные феномены, в виде движущихся мерцающих точек и светящихся зигзагов, продолжающиеся около 2-3 минут, после чего почувствовала онемение и сильную слабость в нижних конечностях. Свидетели происходящего говорят о потере сознания на несколько минут по типу медленного оседания. После чего появилась сильная головная боль в правой височно-теменной области, с иррадиацией в затылочную область, сопровождавшаяся тошнотой, свето- и фонофобией. Приступ длился около 6 часов, купировался после рвоты и принятия трамадола.

На момент осмотра головная боль не беспокоит. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Чувствительная и двигательная сферы без патологии. Очаговой симптоматики не выявлено.

## **ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Какие методы исследования необходимо провести данной больной
3. Проведите дифференциальную диагностику
4. Поставьте клинический диагноз
5. Назначьте план лечения

## **ЗАДАЧА № 20.**

Больная У. 1935 года рождения госпитализирована в стационар с жалобами на непрерывно-рецидивирующие высыпания на лице и конечностях. Семейный анамнез не отягощен, тяжелые заболевания печени и внутренних органов отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Из анамнеза заболевания установлено, что впервые высыпания появились на коже левой голени 6 лет назад, а затем распространились на кожу кистей и лица. Дебют заболевания и ухудшение состояния больная связывает с частой травматизацией кожи кистей и стоп при работе на даче во время сезонных работ в период активной инсоляции, в зимний период пациентка отмечает самопроизвольное исчезновение высыпаний. Лечилась у дерматолога по месту жительства с диагнозом «Экзема» с временным улучшением. Последнее обострение началось в августе прошлого года. В анамнезе – оперативное вмешательство по поводу кишечной непроходимости неизвестного генеза (отсутствует медицинская документация) 10 лет назад. В течение последних 5-7 лет наблюдается у гематолога в связи с железодефицитной анемией, в связи с чем неоднократно получала лечение препаратами железа. При поступлении предъявляет жалобы на распространенные высыпания на коже лица и конечностей, легкую ранимость кожи, интенсивный зуд и болезненность в местах высыпаний, возникающие после стрессовых ситуаций боли в конечностях, голове, шее и грудной клетке, потерю чувствительности (наиболее выражена в плечевой и бедренной областях), поносы, тошноту, вздутие живота; сердцебиение.

Моча темно-коричневого цвета.

Лабораторные методы исследования:

биохимический анализ крови:

железо крови – 32,2 мкмоль/л (норма 19,7-29,9), глюкоза крови: 5,0 ммоль/л, общий белок – 70 г/л, билирубин общий – 23,3 ммоль/л, прямой –1,7 ммоль/л, непрямой- 21,6 ммоль/л, АлАТ –17 Е/, АсАТ – 17 Е/, мочевины – 6,7 ммоль/л, креатинин – 91 мкмоль/л;

анализ крови на антигены вирусных гепатитов (HbV, HbV, HCV) – отрицательный;

общий анализ мочи без патологических изменений;

исследование кала и крови на паразитарную инвазию – отр.;

РВ – отрицательная;

LE-клетки не обнаружены;

цитологическое исследование мазков-отпечатков на акантолитические клетки Тцанка – отр.

Анализ кала на скрытую кровь – положительный

Определение общих порфиринов и их предшественников в моче:

Содержание общих порфиринов - 1.2 мг/л (норма 0.15 мг/л); ПБГ — 6 мг/л (норма 2 мг/л); АЛК — 10 мг/л (норма 4.5 мг/л)

## **ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие неврологические нарушения имеются у данной больной?
3. Поражение какого отдела ВНС наблюдается в данном случае?
4. Как классифицируются заболевания вегетативной нервной системы?
5. Назначьте план лечения.

### **ЗАДАЧА № 21.**

Женщина 68 лет доставлена в больницу в связи с возникшей утром, за 2 часа до госпитализации, слабостью в левых конечностях. Из анамнеза известно, что пациентка длительное время страдает стенокардией напряжения. В течение последнего года отмечаются эпизоды повышения артериального давления до 180/100 мм рт. ст. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление 180/100 мм рт. ст., пульс – 80 ударов в минуту, ритм правильный; ослаблена пульсация на общей сонной артерии справа, но усилена пульсация височной артерии. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, слабость нижней части мимической мускулатуры слева, при высовывании язык отклоняется влево, снижение силы в левой руке до 1-го балла, в ноге до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов слева, симптом Бабинского слева.

### **ВОПРОСЫ:**

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Как объяснить эпизоды преходящей слепоты на правый глаз?
5. Чем может быть вызвано изменение пульсации сонных артерий?
6. Дополнительные методы обследования?
7. Лечение?

### **ЗАДАЧА № 22.**

Женщина 65 лет доставлена в больницу в связи с внезапно развившейся слабостью в левых конечностях. Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет периодически отмечаются повышения артериального давления до 180/110 мм рт. ст. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 190/115 мм рт. ст., пульс – 80 ударов в минуту, ритм правильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, слабость нижней части мимической мускулатуры слева, снижение силы в левых конечностях до 3-х баллов, оживление сухожильных рефлексов слева, симптом Бабинского слева.

### **ВОПРОСЫ:**

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

### **ЗАДАЧА № 23.**

Женщина 70 лет предъявляет жалобу на «снижение зрения на левый глаз». Эта жалоба возникла два дня назад. Она обратилась к терапевту по месту жительства, и была направлена в стационар. В течение последних 10 лет страдает гипертонической болезнью, стенокардией напряжения. При обследовании: артериальное давление – 180/110 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритмичный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, выпадение левых полей зрения, парезов нет, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

### **ВОПРОСЫ:**

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

### **ЗАДАЧА № 24.**

У молодого мужчины 30 лет в кафе остро возникли сильная головная боль, тошнота, рвота, через несколько минут нарушилось сознание. Врачи «скорой медицинской помощи» выявили сопор, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., пульс – 80 ударов в минуту, ритм правильный, ригидность шейных мышц. Парезов и других неврологических нарушений не обнаружено.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Предполагаемая причина (этиология) заболевания?
4. Врачебная тактика?

### **ЗАДАЧА № 25.**

У мужчины 70 лет во время работы на даче появились интенсивная головная боль, тошнота и рвота, повысилось артериальное давление до 190/100 мм рт.ст. при обычном 140/90 мм рт.ст. Врачи «скорой медицинской помощи» установили: сознание ясное, артериальное давление – 180/110 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный, ригидность шейных мышц, парезов и других неврологических нарушений нет. Состояние больного расценено как «гипертонический церебральный криз» и ему предложена госпитализация в терапевтическое отделение многопрофильной больницы.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз? Согласны ли Вы с диагнозом «гипертонический церебральный криз»?
3. Предполагаемая причина (этиология) заболевания?
4. Врачебная тактика?

## **2. Заболевания периферической нервной системы, мышц и нервно-мышечной передачи.**

### **ЗАДАЧА № 26.**

Больной В. 43 лет, предъявляет жалобы на боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника справа, с иррадиацией по задненаружной поверхности бедра и голени справа, чувство «ползания мурашек» и онемения в этой области, а также по наружному краю стопы. Боли в спине беспокоят около 2-х лет, периодически усиливаясь или ослабевая. За медицинской помощью ранее не обращался.

Объективно: сознание ясное, менингеальных и патологических симптомов нет. Черепные нервы - без особенностей. Координационных нарушений нет. Походка паретическая. Болезненность при пальпации пояснично-крестцового отдела позвоночника, точек Вале справа, сколиоз поясничного отдела позвоночника с дугой, открытой влево. Умеренный дефанс поясничных и паравертебральных мышц на поясничном уровне. Сухожильные рефлексы с рук живые, с нижних конечностей – слева живые, справа коленный снижен, ахиллов отсутствует. Гипестезия поверхностной и глубокой чувствительности по задненаружной поверхности бедра, голени, наружному краю стопы справа. Положительны симптом Нери, симптом Ласега справа под углом 30°. Легкий парез сгибателей стопы и 1 пальца стопы. Функция тазовых органов не нарушена.

По данным МРТ – дегенеративно-дистрофические изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника. Латеральная правосторонняя грыжа межпозвонкового диска L5-S1 7,5мм с компрессией дурального мешка.

На стимуляционной ЭНМГ: характеристики М-ответа в пределах нормы, F-волна с блокировкой и увеличением латентности по правому большеберцовому нерву. Н-рефлекс справа с низким рекрутированием.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Выделите основные неврологические симптомы и синдромы.
1. Поставьте топический диагноз.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Интерпретируйте данные параклинических методов исследования.
4. Укажите основные принципы лечения данного заболевания.

#### **ЗАДАЧА № 27.**

Больной М, 48 лет после подъема тяжести почувствовал хруст и резкую боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, с иррадиацией по задненаружной поверхности бедра и голени с 2-х сторон, невозможность разогнуться. Машиной скорой помощи доставлен в неврологическое отделение.

Объективно: сознание ясное, менингеальных и патологических симптомов нет. Черепные нервы - без особенностей. Самостоятельно передвигаться не может. Выраженная болезненность при пальпации пояснично-крестцового отдела позвоночника, точек Вале, выпрямлен поясничный лордоз. Выраженный дефанс поясничных и паравертебральных мышц на поясничном уровне. Сухожильные рефлексy с рук живые, с нижних конечностей – коленные резко снижены, ахилловы не вызываются. Сила мышц в дистальных отделах нижних конечностей 1-2 балла. Гипестезия болевой чувствительности по задненаружной поверхности бедер, аногенитальной зоны, голени, стоп. Резко положительны симптомы Нери, симптом Ласега под углом 30°. Острая задержка мочи.

По данным: 1) поясничной спондилографии: снижение высоты межпозвонковых дисков L4-L5, L5-S-1; 2) МРТ – дегенеративно-дистрофические изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника. Медианная правосторонняя грыжа диска L3-L4 13,5мм, продолжающаяся в спинномозговой канал на 5мм с компрессией дурального мешка и нарушением ликвородинамики.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Выделите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Поставьте топический диагноз, определите наиболее достоверную причину возникновения заболевания.
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Интерпретируйте данные параклинических методов исследования.
5. Укажите основные принципы лечения заболевания.

#### **ЗАДАЧА № 28.**

Больной 25 лет, сотрудник милиции, при задержании преступника получил ножевое ранение левого предплечья. Сразу же заметил слабость IV и V пальцев кисти и онемение по локтевому краю предплечья и кисти. Получал лечение у хирурга. Спустя 4 недели обратил внимание на дряблость мышц левой руки, западение межпальцевых промежутков.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное.

Неврологический статус. Гипестезия всех видов чувствительности по ульнарному краю предплечья, на тыле кисти (IV, V и частично III палец) и на ладонной поверхности (V и

часть IV пальца). Выраженный парез сгибателей и разгибателей IV, V и отчасти III пальцев левой кисти, затруднение их приведения, атрофия межкостных мышц («когтистая кисть»). Другой патологии нервной системы не обнаружено.

**ВОПРОСЫ:**

1. Выделите основные неврологические симптомокомплексы.
2. Определите топический диагноз.
3. Установите клинический диагноз.
4. Назначьте дополнительные исследования.
5. Назначьте лечение.

**ЗАДАЧА № 29.**

Больной 55 лет, токарь, предъявляет жалобы на слабость разгибателей кисти и пальцев правой руки, чувство онемения на тыле кисти, преимущественно в области I и II пальцев. Накануне вечером употреблял алкоголь, как ложился спать, не помнит. Проснувшись утром в неудобном положении, сразу же заметил, что кисть правой руки свисает.

Объективно. Общее состояние относительно удовлетворительное.

Неврологический статус. Грубый парез разгибателей правой кисти и пальцев («висячая кисть»), больной не может отвести большой палец, с трудом разводит остальные пальцы. Нарушение чувствительности четко определяется на тыле кисти (I и II пальцы, частично III палец). Другой патологии нервной системы не обнаружено.

**ВОПРОСЫ:**

1. Выделите основные неврологические симптомокомплексы.
2. Определите топический диагноз.
3. Установите клинический диагноз.
4. Назначьте дополнительные исследования.
5. Назначьте лечение.

**ЗАДАЧА № 30.**

Больной 52 лет, грузчик, жалуется на чувство жжения и боль распирающего характера в области левой кисти и запястья, затруднение сгибания всей кисти и особенно первых трех пальцев. Отмечает также припухлость в области запястья и похудание мышц левой кисти. Болен в течение нескольких месяцев, усиление неприятных ощущений связывает с физическим перенапряжением.

Объективно. Общее состояние относительно удовлетворительное.

Неврологический статус. Умеренно выраженный парез сгибателей левой кисти и I-III пальцев, гипотрофия мышц тенара, нарушение противопоставления I пальца («обезьянья кисть»). Выраженная гипестезия всех видов чувствительности по лучевому краю ладони в области I-III и половины IV пальца. Небольшая отечность в области левого запястья, усиление болей и парестезий при пальпации запястья. Кожный покров на ладонной поверхности кисти слегка цианотичны, отмечается гиперкератоз и отдельные изъязвления. Другой патологии нервной системы не обнаружено.

**ВОПРОСЫ:**

1. Выделите основные неврологические синдромы.
2. Определите топический диагноз.
3. Установите клинический диагноз.
4. Назначьте дополнительные исследования.
5. Назначьте лечение.

**ЗАДАЧА № 31.**



Больная девочка родилась от I беременности. Беременность протекала с токсикозом II половины. Роды в срок, отмечалась слабость родовой деятельности. Уже с рождения окружающие обратили внимание на значительное снижение двигательной активности ребенка, низкий мышечный тонус. Двигательные и тонусные расстройства заметно прогрессировали.

У родного дяди пробанда по материнской линии первый сын умер в раннем детстве, а второй является инвалидом по какому-то нервно-мышечному заболеванию. Осмотрена в возрасте 2-х месяцев. Общее состояние тяжелое, мраморный рисунок кожных покровов, общая гипотрофия. В неврологическом статусе ведущим является синдром “вялого ребенка“. Симметричный вялый проксимальный тетрапарез, более грубо выраженный в ногах. Мышечный тонус в конечностях снижен до атонии. Ребенок лежит в позе «лягушки». Наблюдается переразгибание в суставах рук и ног. Гипотрофия мышц конечностей и туловища маскируется подкожной жировой клетчаткой. Сухожильные рефлексы снижены. Фасцикулярный тремор пальцев рук. Отсутствует опора на ножки. Ослаблены безусловные рефлексы. Выражен бульбарный синдром. Другой патологии нервной системы не обнаружено.

ЭМГ: спонтанная мышечная активность в виде потенциалов фасцикуляций; II тип записи по Юсевич, регистрируемый при произвольном мышечном сокращении со всех исследованных мышечных групп, за исключением проксимальных отделов ног, где определяется “биоэлектрическое молчание“. Содержание креатинфосфокиназы в сыворотке крови – 144 ед/л (в норме – 190 ед/л).

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите ведущий неврологический синдром и определите топический диагноз.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Оцените результаты ЭНМГ.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Наметьте план лечения больной.

#### **ЗАДАЧА № 32.**

Пациентка родилась от II беременности, которая протекала с токсикозом II половины, отмечалось слабое шевеление плода. Родоразрешение путем “кесарева сечения” на 2 недели раньше срока по акушерским показаниям. С рождения окружающие обратили внимание на снижение двигательной активности ребенка и низкий мышечный тонус. Девочка значительно отставала в моторном развитии. Сидеть начала после 8-ми месяцев. После 16-ти месяцев начала неуверенно ходить, часто падая. В психо-речевом развитии не отставала от сверстников. Никогда не бегала и не прыгала. Заболевание прогрессировало. После 5-ти лет стали угасать ранее приобретенные двигательные навыки, и больная перестала самостоятельно ходить и вставать. В семье имеется здоровый ребенок.

Осмотрена в возрасте 6-ти лет. Общее состояние средней тяжести, бледность кожных покровов, гипотрофия подкожной жировой клетчатки, астеническое телосложение, со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Ребенок самостоятельно не встает, ходит только с поддержкой. Походка “утиная”. В плечевых и тазобедренных суставах движения совершает “рывком”, поднятые вверх конечности не удерживает. Значительно снижен мышечный тонус. Наблюдается переразгибание в суставах рук и ног. Выражены атрофии мышц конечностей и туловища. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног низкие, коленные - отсутствуют. Фасцикулярный тремор пальцев рук. Фибрилляции в мышцах плечевого пояса. Сколиоз пояснично-грудного отделов позвоночника. Плоско-вальгусная деформация стоп. Атрофия мышц языка и его “беспокойство”. Другой патологии нервной системы не обнаружено.

ЭМГ: спонтанная мышечная активность в виде потенциалов фасцикуляций; преобладает II тип записи по Юсевич при произвольном мышечном сокращении. Уровень креатинфосфокиназы в сыворотке крови – 158 ед/л (в норме – 190 ед/л).

У двоюродной сестры отца пробанда по линии матери дочь и сын страдают аналогичным заболеванием.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите ведущий неврологический синдром и определите топический диагноз.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Оцените результаты ЭНМГ.
4. Наметьте план лечения больной.

#### **ЗАДАЧА № 33.**

Больной 11 лет предъявляет жалобы на слабость в ногах и руках, похудание мышц конечностей и туловища, невозможность ходить. Родился в срок, от первой, нормально протекавшей беременности. В 6-летнем возрасте изменилась походка: ходил "вперевалочку", быстро уставал и часто падал при ходьбе. В поликлинике описанные изменения расценили как остаточные явления перенесенного полиомиелита. Слабость в ногах постепенно нарастала, появилась атрофия мышц. С 9-летнего возраста мальчик перестал ходить. Аналогичных заболеваний в семье нет.

Объективно: Выраженная атрофия мышц тазового пояса и бедер, атрофия мышц плечевого пояса. Псевдогипертрофия икроножных мышц. Не может стоять и ходить. Садится с посторонней помощью. Активные движения в ногах резко ограничены, в положении лежа может сгибать ноги в коленных суставах, сохранены движения в стопах. Сила снижена до 1-2 баллов. Сила мышц верхних конечностей снижена до 3-4 баллов. Физиологические рефлексы: коленные отсутствуют, ахилловы и с верхних конечностей снижены. Тонус мышц снижен. Деформации суставов ног. Снижен интеллект. Других нарушений со стороны нервной системы нет.

ЭКГ: синусовая тахикардия, в третьем отведении сглажен зубец Т. ЭНМГ: с пораженных мышц регистрируются ПДДЕ сниженной амплитуды. Содержание креатинфосфокиназы в сыворотке крови – 2524 ед/л (в норме – 190 ед/л).

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите ведущий неврологический синдром и определите топический диагноз.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Оцените роль уровня КФК сыворотки в диагностике заболевания.
4. Определите основные признаки дифференциальной диагностики данного заболевания с полиомиелитом.
5. Наметьте план лечения больного.

#### **ЗАДАЧА № 34.**

Больной 6 лет поступил в клинику с жалобами на слабость в ногах, частые падения при ходьбе. Родился от третьей, нормально протекавшей беременности. Ходить стал в 1 год 5 месяцев, ходил плохо, часто падал. В связи с этим родители неоднократно обращались к врачам, которые объясняли нарушение движения вначале рахитом, затем плоскостопием. После лечения ребенок стал ходить увереннее, но падения продолжались. Бегать не научился, по лестнице поднимался с большим трудом. В возрасте 5 лет вновь усилилась слабость в ногах, стал хуже ходить, переваливаясь как утка. Дядя по линии матери и старший брат страдали аналогичным заболеванием, умерли в детстве от пневмонии, старшая сестра здорова.

Объективно: Ходит переваливаясь из стороны в сторону (утиная походка). Часто падает, встает поэтапно при помощи рук. Движения в ногах выполняет с трудом,

мышечная сила в ногах снижена до 3-4 баллов. Атрофия мышц тазового пояса и бедер. «Осиная» талия. Икроножные мышцы увеличены в размерах, плотные на ощупь. Коленные рефлексы и рефлексы с верхних конечностей снижены, коленные - не вызываются. Других нарушений со стороны нервной системы нет.

ЭКГ: без особенностей. ЭНМГ: с пораженных мышц регистрируются ПДДЕ сниженной амплитуды. Содержание креатинфосфокиназы в сыворотке крови – 4558 ед/л (в норме – 190 ед/л).

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите ведущий неврологический синдром и определите топический диагноз.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Оцените роль ЭНМГ в диагностике заболевания.
4. Определите тип наследования заболевания.
5. Наметьте план лечения больного.

#### **ЗАДАЧА № 35.**

Больная 31 года поступила в клинику с жалобами на общую мышечную слабость, невозможность сразу разогнуть руку, сжатую в кулак. Иногда больной трудно «разжать зубы». Болезнь началась постепенно, медленно нарастала. Мать уже 10 лет тому назад заметила, что у больной имеется неловкость в кистях, она не может сразу выпустить взятый в руку предмет. 4 года назад мышцы начали слабеть. Изменилась походка. Пациентка не могла больше вставать на носки, иногда во время ходьбы начинала «застевать», не могла начать ходьбу. Мать 62 лет жива, здорова, работает. Отец умер в возрасте 60 лет, пил. У больной имеется младшая сестра 28 лет, страдающая таким же заболеванием.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологии не выявляется. Начинающееся облысение. Бледность кожного покрова, дистальный гипергидроз. Status dysgraphicus. Низкое стояние век и малоподвижное выражение лица. Слабость m. orbicularis oculis. Атрофия m.masseter и m.temporalis с обеих сторон. При сильном сжатии зубов появляется напряжение жевательных мышц, исчезающее при повторных сжатиях зубов. Речь монотонная. Язык подвижен, при перкуссии молоточком образуется долго не исчезающая ямка. Контуры грудино-ключично-сосковых мышц сглажены. Атрофия мышц рук, особенно - дистальных отделов предплечий и мелких мышц кистей, в т.ч. мышц тенара и гипотенара. Мышцы проксимальных отделов рук достаточно сильны, к дистальным отделам нарастают парезы. Сухожильные рефлексы на руках низкие. При сжатии кисти в кулак требуется усилие для разгибания пальцев, разгибает их медленно. После нескольких последовательных сжатий кисти в кулак данные движения становятся более быстрыми. При ударе молоточком по мышцам тенара образуется долго сохраняющаяся ямка. Брюшные рефлексы живые. Определяется отчетливое похудание дистальных отделов голени. Имеется слабость тыльных сгибателей стоп. Коленные рефлексы сохранены, ахилловы отсутствуют. При ударе молоточком по малоберцовым мышцам образуется долго сохраняющаяся ямка. Походка носит характер степпажа. Прозериновый тест отрицательный. Другой патологии нервной системы не обнаружено.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Какие синдромы можно выделить у данной больной?
2. Сформулируйте клинический диагноз, проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите дополнительные методы исследования для подтверждения клинического диагноза.
4. Укажите основные принципы лечения.
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

### **ЗАДАЧА № 36.**

Больной 18 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на слабость и похудание мышц верхних и нижних конечностей. В 12 лет случился перелом правого бедра, в связи с чем лечился в хирургической клинике. После этого заметил слабость в ногах, часто падал. Связывал слабость с последствиями травмы. В 13-тилетнем возрасте стал замечать, что отстает при ходьбе от товарищей, быстро устает. Вскоре обратил внимание на похудание ног. Через 10 месяцев появилась слабость в верхних конечностях, которая постепенно усиливалась. У родителей, двух братьев (27 и 29 лет) и других родственников аналогичного заболевания не отмечает.

Объективно: Выраженная атрофия мышц конечностей, больше проксимальных отделов, туловища. Поэтапное вставание из положения сидя и лежа. При ходьбе переваливается из стороны в сторону. «Крыловидные» лопатки, «осиная» талия. Снижение мышечной силы в конечностях: в большей степени в проксимальных отделах ног и проксимальных отделах рук. Псевдогипертрофия икроножных мышц. Арефлексия на ногах, рефлексы с верхних конечностей снижены. Других нарушений со стороны нервной системы нет.

ЭНМГ: с пораженных мышц регистрируются ПДДЕ сниженной амплитуды. Содержание креатинфосфокиназы в сыворотке крови – 524 ед/л (в норме – 190 ед/л).

### **ВОПРОСЫ:**

1. Определите диагноз, уточните форму заболевания.
2. Какое значение имеет исследование КФК для дифференциации форм нервно-мышечных болезней?
3. Чем отличается ЭНМГ-исследование при первичных миопатиях и вторичных амиотрофиях?
4. Назначьте лечение.

### **ЗАДАЧА № 37.**

Больной 45 лет жалуется на слабость в кистях и стопах, нарушение координации, пошатывание при ходьбе, похудание мышц конечностей и туловища, нарушение чувствительности, в кистях и стопах.

Болен с раннего детства, когда заметил утомляемость при физической нагрузке. Длительное время не обращался за медицинской помощью, т.к. заболевание прогрессировало медленно. В последние 2-3 года отмечает более быстрое прогрессирование заболевания, затрудняется при ходьбе и выполнении профессиональных нагрузок.

Объективно: Нарушена чувствительности в дистальных отделах верхних и нижних конечностей в виде гипестезии по типу высоких перчаток и носков. Объем активных движений в верхних конечностях полный. Глубокий парез стоп, не может вставать и ходить на носочках и пятках. Мышечная сила в конечностях снижена: в дистальных отделах рук до 3 б., в проксимальных отделах рук - 4 б., в дистальных отделах ног – 1-2 б., в проксимальных отделах ног – 3-4 б. грубая диффузная атрофия мышц конечностей и туловища. Ноги аиста. Паукообразные пальцы. Стопы Фридрейха. Глубокие рефлексы с рук средней живости, D=S, с коленные - снижены, D=S, ахилловы не вызываются. Патологические стопные знаки отсутствуют. Брюшные рефлексы снижены, D=S. В позе Ромберга неустойчив, при закрывании глаз падает. Координаторные пробы выполняет неуверенно, при закрывании глаз – дисметрия, интенционный тремор. Симптомы вегетативной дисфункции. Тремор век. Нистагм горизонтальный установочный. Умеренно выраженные трофические нарушения в дистальных отделах конечностей. Других нарушений со стороны нервной системы нет.

ЭНМГ: признаки поражения периферических нервов верхних и нижних конечностей (сочетание демиелинизации и аксонопатии).

**ВОПРОСЫ:**

1. Какой диагноз можно установить?
2. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?
3. Каков тип наследования болезни?
4. Какова необходимая терапия?

**ЗАДАЧА № 38.**

Больная 18 лет жалуется на периодические боли в икроножных мышцах. Не может кататься на коньках, ходить на высоких каблуках и т.п., часто «подворачивает» ноги, иногда беспокоит пошатывание при ходьбе.

Описанные жалобы беспокоят с детства. Заболевание не прогрессирует. Во время профилактического осмотра обнаружено снижение рефлексов с конечностей.

Объективно: Периферический тетрапарез, более выраженный в дистальных отделах конечностей. Объем движений в верхних конечностях не ограничен, в дистальных отделах рук мышечная сила – 3 балла. Походка с элементами «степпажа». Объем движений в тазовом поясе не ограничен, в стопах движения ограничены на 50 %, сила мышц проксимальных отделов ног – 4-5 баллов, в дистальных отделах ног - 1-2 балла. Атрофия мышц кистей рук, голеней и стоп. Общая гипотрофия мышц туловища и конечностей. Диффузная гипотония мышц. Высокий свод стоп, стопы соответствуют «стопам Фридрейха». Глубокие рефлексы с рук и ног резко снижены, D=S. Брюшные рефлексы снижены D=S. В позе Ромберга покачивается. Координаторные пробы выполняет неуверенно, хуже – пяточно-коленные. Нистагм горизонтальный установочный. Симптомы вегетативной дисфункции. Других нарушений со стороны нервной системы нет.

ЭНМГ: признаки поражения периферических нервов верхних и нижних конечностей (сочетание демиелинизации и аксонопатии).

МРТ головы, шейного и пояснично-крестцового отделов спинного мозга: патологии не обнаружено.

**ВОПРОСЫ:**

1. Какой диагноз можно установить?
2. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?
3. Каков тип наследования болезни?
4. Какова необходимая терапия?

**ЗАДАЧА № 39.**

Больной В. 49 лет. После падения на правую руку (преимущественно на плечо) появилась интенсивная боль в области плечевого сустава, усиливающаяся при движениях. Был осмотрен травматологом, однако патологии со стороны плечевого сустава, костей плеча, предплечья не выявлено. В течение 2-х недель больной принимал анальгетики. Боли несколько уменьшились, однако появилась слабость в руке (не может поднять и отвести плечо, согнуть руку в локтевом суставе), а также онемение по наружной поверхности плеча, предплечья.

Объективно: парез мышц правого плечевого пояса и плеча (до 3 баллов), гипотрофия и умеренно выраженная гипотония мышц правого плеча и надплечья, бицепитальный рефлекс справа отсутствует. Гипестезия на латеральной поверхности плеча и предплечья справа.

**ВОПРОСЫ:**

1. Основные неврологические синдромы и симптомы.
2. Топический диагноз.
3. Клинический диагноз.
4. Основные принципы лечения.

#### **ЗАДАЧА № 40.**

Больной Ч. 27 лет, строитель, получил травму правой голени в верхней ее трети. Через некоторое время появилась слабость правой стопы, затруднение при ходьбе, чувство онемения на тыле стопы и на голени.

Объективно: локальная болезненность в верхней трети правой голени, гематома распространяется преимущественно по наружной поверхности голени почти до латеральной лодыжки

В неврологическом статусе: выраженный парез тыльных сгибателей правой стопы (стопа свисает), «петушиная» походка. Умеренно выраженная гипотония мышц правой голени, преимущественно по ее латеральной поверхности. Сухожильные рефлексы вызываются, без четкой разницы. Умеренно выраженная гипестезия всех видов чувствительности по передненаружной поверхности правой голени и на тыле стопы.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.
3. По какому типу нарушена чувствительность?
4. Сформулируйте клинический диагноз.
5. Основные принципы лечения.

#### **ЗАДАЧА № 41.**

Больной Д. 17 лет. После перенесенной ангины стал отмечать слабость, потливость, вечерами отмечалась субфебрильная температура, боли в суставах. При осмотре терапевтом отмечались красно-синюшные возвышенные образования в области голеней, при пальпации которых отмечалась болезненность. На этом фоне у больного появилась слабость, онемение, боли в ногах и руках. С этими жалобами больной поступил в клинику.

Объективно: состояние средней тяжести, дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца приглушены, в области голеней определяются красно-синюшного цвета и желтовато-коричневого цвета узлы, болезненные при пальпации.

В неврологическом статусе: черепные нервы без особенностей, отмечается снижение силы в дистальных отделах конечностей, мышечная гипотония, гипотрофия мышц стоп и кистей. Сухожильные рефлексы с *m. biceps* и *m. triceps*, карпорадиальные, коленные, ахилловы и подошвенные рефлексы резко снижены. Патологических рефлексов нет. Выявляется дистальная гипестезия в виде «перчаток» и «носок». Снижено вибрационное и мышечно-суставное чувство в дистальных отделах конечностей. Координаторные пробы выполняет с промахиванием, которое при выключении зрения усиливается. Кисти и стопы влажные, холодные, бледные.

Общий анализ крови: Э-3,5, Л-10,6, Б-1, Э- 10, п/я-12, с/я-48, Л-20, М-9, СОЭ-48 мм\ч, СРБ+++ , сиаловые кислоты-320 ед, фибриноген-500 мг\л, белковые фракции: альбумины-50%, глобулины-50%, □1-4,5%, □2-12%, □-11%, □-22%. Ликвор: без особенностей.

ЭНМГ: снижение скорости проведения по двигательным и чувствительным волокнам верхних и нижних конечностей.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Назовите симптомы и синдромы поражения нервной системы.
2. Как сформулировать диагноз?

3. Назначьте лечение.

#### **ЗАДАЧА № 42.**

Больной Б. 48 лет, находится на лечении с диагнозом: алкогольный цирроз печени. При осмотре неврологом жалуется на общую слабость, боли и жжение в стопах, шаткость при ходьбе, особенно в темноте, ослабление памяти, плохой сон. Известно, что страдает алкоголизмом в течение 10 лет.

Объективно: память нарушена: хорошо помнит давние события, но последние и предшествующие болезни события не помнит. Внимание рассеянно, считает с трудом, не критичен к тяжести своего состояния. Эйфоричен. Менингеальные и общемозговых симптомов нет. В сфере черепных нервов – без особенностей. Положительные симптомы орального автоматизма. Объем активных движений в конечностях не ограничен. Снижена сила в дистальных отделах ног. Мышечный тонус в ногах снижен. Гипотрофия голеней и стоп. Рефлексы на руках оживлены, коленные, ахилловы отсутствуют. Стопы цианотичны, холодные на ощупь, влажные. Нарушение поверхностной и глубокой чувствительности в виде носков. Пальце-носовую пробу выполняет удовлетворительно, коленно-пяточную – с атаксией. В позе Ромберга с закрытыми глазами резко пошатывается во все стороны, походка атактическая, при ходьбе смотрит на ноги.

Клинический анализ крови - в норме, RW-отрицательная, глюкоза - 4,7мм/л. Ликвор: бесцветный, прозрачный, ликворное давление -150 мм вод.ст., реакция Панди +, белок - 0,33 г\л, цитоз-3 в мкл.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Какие неврологические симптомы выявлены у больного?
2. Где локализуется патологический очаг?
3. Ваш клинический диагноз?
4. Чем обусловлено поражение нервной системы?
5. Принципы лечения

#### **ЗАДАЧА № 43.**

Больной К., 52 лет, жалуется на онемение кистей и стоп, на боли, появившиеся в мышцах голеней месяц назад. Кроме того, его беспокоят снижение памяти и пошатывание при ходьбе. Год назад лечился по поводу хронического алкоголизма.

Объективно: объем активных движений в конечностях не ограничен. Снижена сила в мышцах кистей и стоп. Гипотония мышц. Карпорадиальные рефлексы снижены. Коленные рефлексы равномерные, средней живости, ахилловы — не вызываются. При пальпации отмечается болезненность по ходу нервных стволов, особенно седалищных нервов. Снижена поверхностная чувствительность на кистях и стопах. Нарушено суставно-мышечное чувство в пальцах стоп. Походка «петушиная». Отечность стоп и кистей. Реакция Вассермана отрицательная.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте топический диагноз.
2. О каком заболевании можно думать в данном случае?
3. Какой тип нарушения чувствительности выявлен у больного?
1. Наметьте план лечения.

#### **ЗАДАЧА № 44.**

Больной В., 28 лет, после сна почувствовал онемение и слабость левой кисти. Накануне вечером употреблял алкоголь, как заснул, не помнит.

Объективно: со стороны внутренних органов патологии нет. «Свисающая» кисть. Не может разогнуть кисть, пальцы, а также отвести большой палец. Сила в левой кисти

снижена. Снижены чувствительность на тыльной поверхности большого и указательного пальцев и трицепитальный и карпорадиальный рефлексы слева.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Укажите причину заболевания.
3. Назначьте лечение.

#### **ЗАДАЧА № 45.**

Больной В. 41 года, обратился к неврологу с жалобами на слабость в левой руке, ограничение объема движений в левом плечевом суставе, онемение в левой руке. Заболел после падения на левую кисть 10 дней назад. Появились сильные боли в левом плечевом суставе, которые усиливались при движениях. Обратился в травмпункт, сделаны рентгенограммы плечевого сустава, диагностирован вывих плечевого сустава. Вывих вправили, наложили иммобилизирующую повязку, но через неделю появились вышеуказанные жалобы.

Объективно: левое плечо ниже правого, рука опущена, повернута внутрь. С большим трудом поднимает левую руку, нарушено отведение левого плеча, сгибание руки в локтевом суставе, поворот кисти ладонью вверх. Снижена сила в проксимальных отделах левой руки, в дистальных отделах сила достаточная. Атрофия мышц плечевого пояса и дельтовидной мышцы слева, тонус указанных мышц снижен. Сухожильные рефлексы с *m. triceps* средней живости (S=D), с *m. biceps* слева отсутствует, справа - живой, периостальные рефлексы (S<D). Снижена болевая и температурная чувствительность на наружной поверхности левого плеча и предплечья. Болезненность при пальпации в надключичной и надлопаточной области слева. Симптомов натяжения нет. В сфере черепных нервов – левосторонний синдром Горнера, в остальном – без патологии.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Определите место поражения и объясните механизм поражения.
2. Поставьте клинический диагноз
3. По какому типу нарушена чувствительность?
4. Почему у больного появился синдром Горнера?
5. Назначьте лечение

#### **ЗАДАЧА № 46.**

Больная В. 34 лет в течение многих лет страдает сахарным диабетом 1 типа, постоянно 2 раза в день делает себе инъекции инсулина. Несмотря на это, уровень глюкозы в крови остается повышенным (8-15 ммоль\л). 3 года назад больная впервые обратила внимание на чувство жжения и покалывания в кончиках пальцев рук, затем такие же ощущения появились и в пальцах ног. В течение последнего года отмечает чувство онемения в дистальных отделах конечностей (сначала периодически появляющееся, а затем и постоянное), стала ронять из рук различные предметы (сумку).

Объективно: черепные нервы без патологии; легкий парез дистальных отделов рук и ног (4 балла), небольшая гипотония кистей и стоп, отсутствуют карпорадиальные, и подошвенные рефлексы, снижены ахилловы рефлексы. Выраженная гипестезия всех видов чувствительности в дистальных отделах конечностей (в виде «перчаток и носков»).

Содержание глюкозы в крови - 8,6 ммоль\л.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Определите синдром.
2. По какому типу нарушена чувствительность?
3. Что является причиной развития данной патологии?
4. Сформулируйте клинический диагноз.



5. Основные терапевтические мероприятия (медикаментозная терапия, физиолечение).
6. Первичная и вторичная профилактика

#### **ЗАДАЧА № 47.**

Больной В. 46 лет, страдает алкоголизмом. В конце прошлого месяца появилось постепенно нарастающее чувство «ползания мурашек» в кистях и стопах, боли в икроножных мышцах. Через месяц присоединилось пошатывание при ходьбе, особенно в темноте, стал ронять предметы из рук. Значительно ухудшилась память (плохо запоминает текущие события, память на события прошлых лет сохранена).

Объективно: тоны сердца приглушены, дыхание жесткое, прощупывается безболезненный край печени.

Неврологически: общемозговых, менингеальных симптомов нет. В сфере черепных нервов патологии не выявляется. Сила мышц рук хорошая, в ногах - небольшой парез тыльных сгибателей стоп. Мышечный тонус не изменен. Ослаблены карпорадиальные и коленные рефлексy, ахилловы – отсутствуют. Гипалгезия на кистях и стопах в виде «перчаток и чулок». Снижено мышечно-суставное чувство на кистях и стопах, вибрационная чувствительность утрачена в дистальных отделах рук и ног. Стопы и кисти цианотичные, влажные, холодные на ощупь. Тазовые функции не нарушены. При пробе Ромберга – пошатывание в обе стороны.

Анализy крови и мочи – без патологии.

Ликвор: бесцветный, прозрачный, реакция Панди +, белок – 0,25 г\л, цитоз-3 в 1мкл, эритроциты -50 в 1 мкл (свежие), ликворное давление -160 мм вод.ст. Реакция Вассермана в крови и ликворе – отрицательная.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Топический диагноз.
2. Как называется данный тип нарушения чувствительности?
3. Клинический диагноз (предположительно).
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Дополнительные методы исследования.
6. Назначьте курс лечения.

#### **ЗАДАЧА № 48.**

Больной Д. 37 лет, поступил с жалобами на ощущение онемения в ногах и боль в ногах, пошатывание при ходьбе, плохо чувствовал пол. 14 лет назад болел сифилисом, прошел полный курс лечения, с тех пор реакция Вассермана в крови отрицательная. Настоящее заболевание возникло около 3 месяцев назад. Лечился амбулаторно, без эффекта. Последние 10-12 лет систематически употребляет алкоголь (не менее 500 мл водки ежедневно). Неоднократно лечился по поводу алкоголизма. Больной расторможен, многоречив. Общемозговых, менингеальных симптомов нет. В сфере черепных нервов – узкие зрачки, реакция их на свет живая. Парезов нет. Выраженная статическая и динамическая атаксия. Пошатывается в позе Ромберга и при ходьбе (с закрытыми глазами). Атаксия при пальценосовой и особенно при пяточно-коленной пробе. Походка атактическая, ходит, глядя вниз на ноги. Отмечается расстройство мышечно-суставного чувства в пальцах стоп. В меньшей степени такие же расстройства выявляются и на руках. Болевая и температурная чувствительность снижена на ногах в виде «носков».

Ликвор: бесцветный, прозрачный, ликворное давление-130 мм вод.ст., реакция Панди +, белок - 0,16 г\л, цитоз - 3 в 1 мкл. Реакции Вассермана и Ланге – отрицательные.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Сформулируйте топический диагноз

2. Поставьте клинический диагноз
3. С каким заболеванием надо провести дифференциальный диагноз?
4. Дополнительные исследования, которые надо провести больному.
5. Основные принципы лечения.

### 3. Вегетативные и нейроэндокринные расстройства.

#### ЗАДАЧА №49.

Больная М., 40 лет, поступила в отделение с жалобами на ноющие боли в области сердца, которые длятся около часа, усиливаются при волнениях, физических нагрузках, снимаются на некоторое время валокордином, но потом возникают опять. Кроме того, беспокоит чувство тревоги, головные боли, плохой сон.

Считает себя больной в течение года, когда после развода с мужем появились вышеперечисленные жалобы. Обращалась к терапевту в поликлинику, была сделана ЭКГ, на которой обнаружили «ишемические изменения», в связи с чем были назначены нитросорбид\* и предуктал\*. После 1 мес лечения почувствовала небольшое облегчение состояния, но через некоторое время боли в сердце возобновились. На повторно снятых ЭКГ сохранялись, по словам врача, те же «ишемические изменения». Позже у больной появились головные боли, нарушился сон. Дважды в течение месяца она просыпалась с сильным сердцебиением, ощущением тревоги, болями в области сердца.

Приступ длился больше часа. Валокордин\* и нитроглицерин эффекта не оказали. На следующий день после второго приступа пациентка обратилась за помощью в стационар.

При поступлении в стационар патологии в соматическом статусе больной выявлено не было. Отмечалась умеренная синусовая тахикардия до 96 ударов в минуту, АД - 135/85 мм рт.ст.

В неврологическом статусе со стороны черепных нервов без особенностей, двигательных нарушений нет, отмечается оживление глубоких рефлексов без достоверной разницы сторон, отсутствие патологических стопных знаков, диффузная мышечная гипотония, чувствительность достоверно не расстроена, координаторная сфера без патологии, менингеальных знаков нет, тазовые функции контролирует.

Со стороны показателей крови, мочи и других лабораторных показателей изменений не было. На ЭКГ, сделанной в приемном отделении, выявлено наличие отрицательного зубца *T* в отведениях V1-V4.

#### ВОПРОСЫ:

1. Поставьте клинический диагноз. Где локализуется очаг поражения?
2. Проведите дифференциальный диагноз болевого синдрома в грудной клетке со стенокардией.
3. Охарактеризуйте приступы ночных болей у пациентки, сделайте назначение и обоснуйте необходимость дополнительных методов исследования.
4. Оцените изменения на ЭКГ и предложите ЭКГ-пробы для верификации диагноза.
5. Назначьте и обоснуйте лекарственную терапию.
6. В чем заключается ошибка врача-терапевта поликлиники?

#### ЗАДАЧА №50.

Пациент К., 42 года, поступил в стационар с жалобами на колющие боли в левой половине грудной клетки, частое сердцебиение, температуру 37,2 °С, которая держится на протяжении 1 мес. Также его беспокоят головокружение, головная боль, чувство «духоты» в закрытых помещениях.

Из анамнеза известно, что 2 года назад по поводу перелома ноги пациент долго лежал в стационаре, за это время потерял работу, на новом месте службы были конфликты

с начальником. Боли в сердце появлялись, когда пациент возвращался домой. Никакими препаратами для купирования болей в сердце не пользовался. Пытался принимать алкоголь. Облегчение не наступало. Месяц назад при измерении температуры тела обнаружил ее повышение до 37,3 °С. Стал регулярно измерять температуру и записывать показатели - ниже 37 °С. Она не снижалась. Присоединились головные боли. Невролог назначил кавинтон\* и ноотропил. Принимал в течение 2 нед, без эффекта.

Последний приступ болей в области сердца сопровождался сильным сердцебиением, дрожью во всем теле, покраснением лица, в связи с чем больной вызвал СМП и был доставлен в стационар.

При поступлении состояние больного удовлетворительное. В соматическом статусе патологии не выявлено. АД - 130/70 мм рт.ст. Пульс - 110 в минуту, ритмичный. На ЭКГ, сделанной в приемном отделении, патологии не выявлено. Отмечается синусовая тахикардия до 110 в минуту.

В неврологическом статусе со стороны черепных нервов без особенностей, двигательных нарушений нет, отмечается оживление глубоких рефлексов без достоверной разницы сторон, отсутствие патологических стопных знаков, диффузная мышечная гипотония, чувствительность достоверно не расстроена, координаторная сфера без патологии, менингеальных знаков нет, тазовые функции контролирует.

Врач приемного отделения произвел больному инъекцию наркотического анальгетика. Через 15 мин болевой синдром в грудной клетке был полностью купирован. Пациент был отпущен домой.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте клинический диагноз. Где локализуется очаг поражения?
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать данное состояние пациента?
3. О чем может свидетельствовать субфебрильная температура у пациента?
4. Мог ли врач приемного отделения отпустить больного домой после купирования болевого синдрома?
5. Обосновано ли применение наркотического анальгетика?
6. Какие обследования необходимо назначить больному?

#### **ЗАДАЧА №51.**

Женщина 30 лет, предъявляет жалобы на приступообразные головные боли пульсирующего характера, чаще справа. Считает себя больной в течение 10 лет. Приступу цефалгии предшествуют зрительные нарушения в виде выпадения левых полей зрения. Зрительные нарушения длятся 10-15 мин., затем возникает головная боль. Приступ продолжается от 3-4 часов до 2 суток и сопровождается тошнотой, рвотой, светобоязнью. Физическая нагрузка во время приступа резко усиливает боль. Приступ цефалгии провоцируется эмоциональным напряжением, длительным нахождением в душном помещении, иногда менструальным циклом. Частота приступов 1-2 в месяц. Аналогичные головные боли у матери и бабушки больной. При неврологическом исследовании нарушений не выявлено.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте клинический диагноз?
2. Что лежит в основе патогенеза данных приступов?
3. С чем необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Подходы к лечению в период приступов головной боли?
5. Профилактика приступов головной боли?

#### **ЗАДАЧА №52.**

Больной М, 35 лет, по профессии клепальщик, поступил с жалобами на периодически возникающее онемение пальцев кистей обеих рук, их побледнение («белые пальцы»), сменяющееся затем их цианозом, жжением, покалыванием. Вне приступа отмечается похолодание кистей рук. При капилляроскопии – спастическое состояние капилляров.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Какие нарушения доминируют в картине заболевания? С поражением каких образований наиболее часто связано их возникновение?
2. Как называется симптомокомплекс, имеющийся у больного?
3. Какова форма данного феномена у больного?

#### **ЗАДАЧА №53.**

Больной К., 38 лет вскоре после перенесенного гриппоподобного заболевания с повышением температуры стал прогрессивно прибавлять в весе, появились полосы растяжения на коже живота, лунообразное лицо, артериальная гипертония (180 / 100 мм рт. ст.), гипергликемия (уровень сахара в крови - 8,6 ммоль/л), гипертрихоз на лице, на бедре. Очаговой и общемозговой неврологической симптоматики у больной не выявлено.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Определите клинический синдром.
2. Какова локализация патологического процесса?
3. Какие дополнительные методы исследования и консультация каких специалистов данной больной необходимы?

#### **ЗАДАЧА №54.**

Больная Ю., 33 лет. Жалуется на приступы головной боли, которые локализуются с височной области половины головы и затем распространяются на всю голову. Перед приступом имеется аура в виде ощущения мелькания ярких зигзагообразных полос. Головная боль сопровождается тошнотой, рвотой, заканчивается сном, после которого приступ купируется.

Объективно отмечается эмоциональная лабильность, нервозность, склонность к гипотонии (АД 90/60 мм рт. ст.). Другой неврологической симптоматики у больной не выявлено.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Назовите клинический диагноз.
2. Какие патогенетические механизмы лежат в основе патогенеза заболевания?
3. С чем необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Подходы к лечению в период приступов головной боли?
5. Профилактика приступов головной боли?

#### **ЗАДАЧА №55.**

У больного К., 70 лет, наступил тромбоз левой сонной артерии в экстракраниальном отделе (на шее). Клинически возник правосторонний центральный гемипарез и синдром К. Бернара - Горнера слева.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Какие симптомы включает синдром К. Бернара-Горнера?
2. Объясните причину его возникновения.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести больному.

### **ЗАДАЧА №56.**

У больного М., 28 лет, работника химического предприятия, в течение последних двух месяцев появились приступы следующего характера: внезапно возникает учащенное сердцебиение, чувство онемения в дистальных отделах конечностей, чувство озноба до степени генерализованного тремора без повышения температуры, ощущение недостатка воздуха, сопровождающееся чувством внутренней тревоги, страха смерти, страха «сойти с ума». В конце приступа - выделение большого количества мочи (полиурия). При осмотре выявлены: повышение АД до 150 /100 мм рт. ст., тахикардия - 98 в 1 мин, бледность кожных покровов, гипергидроз, тремор пальцев вытянутых рук.

В межприступный период очаговой и общемозговой неврологической симптоматики не выявлено.

### **ВОПРОСЫ:**

1. Дайте заключение о характере приступа.
2. Поражение каких структур вызывает подобные кризы?
3. Ваша тактика.

### **ЗАДАЧА №57.**

Больная В., 12 лет, после перенесенного серозного вирусного менингита, стала резко прибавлять в весе, появились полосы растяжения на коже живота, бедер, лицо стало лунообразным, выявлен сахарный диабет.

### **ВОПРОСЫ:**

1. Определите клинический синдром, развившийся у больного.
2. Какова локализация патологического процесса?
3. Какие дополнительные методы исследования и консультация каких специалистов данной больной необходимы?

### **ЗАДАЧА №58.**

Больная, 23 лет, обратилась к врачу с жалобами на приступообразные боли в кистях рук, чувство похолодания в них, изменение окраски кожных покровов. Заболела 2 года назад, после длительного охлаждения. После перенесенного гриппа, все эти явления усилились. При осмотре: отмечается бледность кожных покровов кистей рук с цианотичным оттенком. Кисти холодные на ощупь, влажные, легкая гиперестезия кончиков пальцев.

Очаговой и общемозговой неврологической симптоматики не выявлено.

### **ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте предварительный диагноз. Какие причины возникновения данных симптомов? С каким отделом ВНС связаны эти изменения?
2. Какие изменения периферического кровотока в кистях рук Вы предполагаете? Чем обусловлены снижение температуры кожи, повышенная потливость, изменения окраски кожи и гиперестезия? С какими структурами и эффектами ВНС они могут быть связаны?
3. Ваша лечебно-диагностическая тактика.

### **ЗАДАЧА №59.**

Женщина 50 лет предъявляет жалобы на диффузные головные боли давящего характера, которые напоминают «сдавливание головы обручем». Дебют заболевания больная связывает с психотравмирующей ситуацией (развод с мужем 5 лет назад). В начале заболевания головные боли возникали 2-3 раза в неделю; в течение последних месяцев они стали постоянными. Физическая нагрузка на характер головной боли не влияет. Семейный анамнез не отягощен. При обследовании отмечается болезненность при

пальпации перикраниальных мышц и мышц шеи, симптомов поражения нервной системы не выявлено.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте клинический диагноз?
2. Необходимо ли проведение дополнительных исследований? Если да, какие исследования?
3. Ваша тактика.

#### **ЗАДАЧА №60.**

Мужчина 40 лет жалуется на периодически возникающие стереотипные приступы интенсивной боли в области правого глаза в течение 10 лет. Боли чаще возникают ночью. Приступ сопровождается слезотечением, покраснением конъюнктивы, ринореей. Длительность приступа 10-40 минут, количество таких приступов может достигать до 6-8 в сутки. Длительность обострения – около месяца, ремиссии – около года. При неврологическом обследовании на стороне головной боли отмечаются сужение глазной щели, сужение зрачка и отек век, другой патологии со стороны нервной системы не выявлено.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Ваш клинический диагноз?
2. Необходимо ли провести дополнительные исследования? Если да, какие исследования?
3. Ваша тактика.

#### **4. Психоневрология, соматоневрология.**

#### **ЗАДАЧА №61.**

Больная И. 12 лет, страдает ревматизмом. После переохлаждения и перенесенной ангины возникла головная боль, появились непроизвольные подергивания: стала гримасничать, движения в конечностях были чрезмерными. Часто роняла предметы из рук, отмечалась излишняя подвижность. Непроизвольные движения усиливались при волнении и физической нагрузке, исчезали во сне.

Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, повышенной влажности. Дыхание жестковатое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум во всех точках. Печень и селезенка не увеличены.

В неврологическом статусе отмечается мышечная гипотония, не может удерживать язык высунутым изо рта, симптом Черни и Гордона 2.

В крови: эозинофилия, лимфоцитоз, ускорение СОЭ, СРБ ++, повышены сиаловые кислоты, диспротеинемия с увеличением  $\alpha$ -2 и  $\alpha$ -глобулинов. ЭМГ: залповая активность. ЭКГ: нарушение процессов де- и реполяризации.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Выделите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Какие параклинические исследования нужно провести больному?
4. Определите основные принципы лечения.

#### **ЗАДАЧА №62.**

Девушка 18 лет жалуется на эпизоды утраты сознания, возникающие в душном помещении или транспорте. Утрате сознания предшествует ощущение «дурноты, темноты в глазах». Если в этот период пациентке удастся прилечь или сесть, то потери сознания

обычно не наступает. Эти состояния беспокоят с 14 лет, но последние месяцы стали возникать почти каждую неделю на фоне повышенного эмоционального и физического напряжения (совмещение работы и учебы на заочном отделении института). При обследовании не выявлено неврологических нарушений.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите тип припадков.
2. Укажите предположительный клинический диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести и их предполагаемые результаты?
4. Каков прогноз заболевания?
5. Ваша лечебная тактика.

#### **ЗАДАЧА №63.**

Мужчина 65 лет отмечает, что в течение последних нескольких лет при тугом завязывании галстука или ношении водолазки с тесным воротом у него может развиваться приступ потери сознания, который длится не более двух-трех минут и не сопровождается судорогами в конечностях. Аналогичный приступ возник в стационаре при проведении массажа шеи и воротниковой зоны в связи с болями в шейном отделе позвоночника на фоне остеохондроза и спондилеза. При обследовании не выявлено неврологических нарушений.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите тип припадков.
2. Укажите предположительный клинический диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести и их предполагаемые результаты?
4. Каков прогноз заболевания?
5. Ваша лечебная тактика.

#### **ЗАДАЧА №64.**

Больная В. 34 лет в течение многих лет страдает сахарным диабетом 1 типа, постоянно 2 раза в день делает себе инъекции инсулина. Несмотря на это, уровень глюкозы в крови остается повышенным (8-15 Ммоль\л). 3 года назад больная впервые обратила внимание на чувство жжения и покалывания в кончиках пальцев рук, затем такие же ощущения появились и в пальцах ног. В течение последнего года отмечает чувство онемения в дистальных отделах конечностей (сначала периодически появляющееся, а затем и постоянное), стала ронять из рук различные предметы (сумку).

Объективно: черепные нервы без патологии; легкий парез дистальных отделов рук и ног (4 балла), небольшая гипотония кистей и стоп, отсутствуют карпо-радиальные, и подошвенные рефлексy, снижены ахилловы рефлексy. Выраженная гипестезия всех видов чувствительности в дистальных отделах конечностей (в виде «перчаток и носков»).

Содержание глюкозы в крови - 8,6 Ммоль\л

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Определите неврологический синдром.
2. Что является причиной развития данной патологии?
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Определите основные терапевтические мероприятия.
5. Укажите принципы первичной и вторичной профилактики.

#### **ЗАДАЧА №65.**

Больная И. 12 лет, страдает ревматизмом. После переохлаждения и перенесенной ангины возникла головная боль, появились непроизвольные подергивания: стала гримасничать, движения в конечностях были чрезмерными. Часто роняла предметы из рук, отмечалась излишняя подвижность. Непроизвольные движения усиливались при волнении и физической нагрузке, исчезали во сне.

Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, повышенной влажности. Дыхание жестковатое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум во всех точках. Печень и селезенка не увеличены.

В неврологическом статусе отмечается мышечная гипотония, не может удерживать язык высунутым изо рта, симптом Черни и Гордона 2.

В крови: эозинофилия, лимфоцитоз, ускорение СОЭ, СРБ ++, повышены сиаловые кислоты, диспротеинемия с увеличением  $\alpha$ -2 и  $\alpha$ -глобулинов. ЭМГ: залповая активность. ЭКГ: нарушение процессов де- и реполяризации.

### ВОПРОСЫ:

1. Назовите синдром и топический диагноз.
2. Сформулируйте клинический диагноз
3. Назначьте лечение.

### ЗАДАЧА №66.

Больной Б. 48 лет, находится на лечении с диагнозом: алкогольный цирроз печени. При осмотре неврологом жалуется на общую слабость, боли и жжение в стопах, шаткость при ходьбе, особенно в темноте, ослабление памяти, плохой сон. Известно, что страдает алкоголизмом в течение 10 лет.

Объективно: память нарушена: хорошо помнит давние события, но последние и предшествующие болезни события не помнит. Внимание рассеянно, считает с трудом, не критичен к тяжести своего состояния. Эйфоричен. Менингеальные и общемозговые симптомов нет. В сфере черепных нервов – без патологии. Положительны симптомы орального автоматизма. Объем активных движений в конечностях не ограничен. Снижена сила в дистальных отделах ног. Мышечный тонус в ногах снижен. Гипотрофия голени и стоп. Рефлексы на руках оживлены, коленные, ахилловы отсутствуют. Стопы цианотичны, холодные на ощупь, влажные. Нарушение поверхностной и глубокой чувствительности в виде носков. Пальценосовую пробу выполняет удовлетворительно, коленно-пяточную - с атаксией. В позе Ромберга с закрытыми глазами резко пошатывается во все стороны, походка атактическая, при ходьбе смотрит на ноги.

Клинический анализ крови - в норме, RW-отрицательная, глюкоза - 4,7мм/л. Ликвор: бесцветный, прозрачный, ликворное давление -150 мм вод.ст., реакция Панди +, белок - 0,33 г\л, цитоз-3 в мкл.

### ВОПРОСЫ:

1. Какие неврологические симптомы выявлены у больного?
2. Где локализуется патологический очаг?
3. Ваш клинический диагноз?
4. Чем обусловлено поражение нервной системы?
5. Принципы лечения.

### ЗАДАЧА №67.

Больной К., 52 лет, жалуется на онемение кистей и стоп, на боли, появившиеся в мышцах голени месяц назад. Кроме того, его беспокоят снижение памяти и пошатывание при ходьбе. Год назад лечился по поводу хронического алкоголизма.

Объективно: объем активных движений в конечностях не ограничен. Снижена сила в мышцах кистей и стоп. Гипотония мышц. Карпорадиальные рефлексы снижены.



Коленные рефлексы равномерные, средней живости, ахилловы — не вызываются. При пальпации отмечается болезненность по ходу нервных стволов, особенно седалищных нервов. Снижена поверхностная чувствительность на кистях и стопах. Нарушено суставно-мышечное чувство в пальцах стоп. Походка «петушиная». Отечность стоп и кистей. Реакция Вассермана отрицательная.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте топический диагноз.
2. О каком заболевании можно думать в данном случае?
3. Какой тип нарушения чувствительности выявлен у больного?
4. Наметьте план лечения.

#### **ЗАДАЧА №68.**

Больная 43 лет поступила в клинику нервных болезней в плановом порядке с жалобами на стойкие головные боли, значительное повышение веса, высокие цифры артериального давления, незначительное изменение черт лица. Кроме того, в последние 3,5 – 4,0 месяца стала отмечать снижение зрения. Из анамнеза известно, что первые симптомы в виде повышения веса, стойкого высокого артериального давления стали отмечаться 2,5-3,0 года назад. В последующем присоединились остальные жалобы. При осмотре: в сознании, контактна, адекватна, правильно ориентирована. Повышенного питания с ожирением по верхнему типу, стрии на бедрах и поясице. Кожные покровы красноватые, на лице угревая сыпь. Выраженный гипертрихоз. Элементы акромегалии. Со стороны черепных нервов: выпадение наружного поля зрения на левый глаз, значительное ограничение всех полей зрения на правый глаз. Другой очаговой симптоматики не выявляется. На МРТ в проекции гипофиза выявляется неправильной формы образование, выступающее за пределы турецкого седла.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте топический диагноз.
2. Тактика ведения больной.

#### **Задача №69**

Пациент, 35 лет, страдающий хроническим алкоголизмом, жалуется на онемение, боли в руках и ногах, слабость в них, неустойчивость при ходьбе. Объективно: парезы рук и ног, больше дистальных отделов, мышечная гипотония, снижение карпорадиального рефлекса с двух сторон, отсутствие ахилловых и подошвенных рефлексов, гипестезия всех видов чувствительности в области кистей и стоп. Кисти рук и стопы цианотичны, влажны.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Какое обследование нужно провести данному пациенту?
2. Укажите предполагаемый диагноз.
3. С чем следует дифференцировать это заболевание?
4. Наметьте план лечения больного

#### **Задача № 70**

У пациента 30 лет, после значительного употребления алкоголя, развилась внезапная потеря сознания с тонико-клоническими судорогами. Во время приступа пациент прикусил язык, обмочился. В неврологическом статусе определяется очаговая неврологическая симптоматика в виде легкого правостороннего гемипареза.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Укажите методы обследования.

3. Какова тактика ведения и лечения пациента при выявлении данной патологии?

**Схема академической истории болезни по дисциплине «Неврология» по специальности 31.08.47 «Рефлексотерапия» для проведения текущего контроля у ординаторов**

**СХЕМА АКАДЕМИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

(ф.и.о.) \_\_\_\_\_

палата № \_\_\_\_\_

**ДИАГНОЗ**

Основной: \_\_\_\_\_

Фон: \_\_\_\_\_

Сопутствующий: \_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_

**КУРАТОР:** ординатор кафедры неврологии ФПК и ППС им. К.Н. Третьякова \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. \_\_\_\_\_

**Общие сведения о больном.**

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_\_ Дата рождения (возраст) \_\_\_\_\_ Место рождения \_\_\_\_\_

Национальность \_\_\_\_\_ Семейное положение \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Дата поступления больного в клинику \_\_\_\_\_

**Жалобы** (в период курации)

**Анамнез настоящего заболевания.**

1. Анамнез должен отражать течение заболевания, начиная с момента его возникновения. Начало (острое, подострое, постепенное). Дата появления нарушений. Первые симптомы болезни. Последовательность появления неврологических симптомов и их динамика. Причина заболевания (по мнению больного). Обстоятельства, предшествовавшие и сопровождающие начало заболевания (инфекции, интоксикации, физические и психические травмы, охлаждение и перенапряжение и др.). Развитие заболевания и его течение до поступления больного в клинику и до момента курации. Проведенное лечение и его результаты. Изменение работоспособности по этапам болезни. Сведения о диагностических исследованиях в других лечебно-профилактических учреждениях.

2. Анамнез должен раскрывать и расшифровывать жалобы (например, при жалобах на боли следует отразить моменты, провоцирующие появление болей, зону зарождения болевых ощущений, иррадиацию, место наибольшей концентрации, продолжительность, периодичность, интенсивность, характер боли, описать обстоятельства, способствующие купированию болевого синдрома).

3. Анамнез должен быть объективизирован. При описании течения заболевания не следует ограничиваться общими замечаниями, как то: “стало лучше” или “хуже”. Требуется описать, в чем именно заключается улучшение или ухудшение (например, если больной жалуется на слабость в ногах и говорит, что год назад “было хуже”, а теперь “стало лучше”, то следует уточнить, какое расстояние он мог пройти тогда, а какое – теперь). Следует иметь в виду, что пациенты, пользуясь одними и теми же словами, иногда вкладывают в них совершенно иной смысл (например, жалоба на то, что у пациента “нога отнялась” может означать и боль, и нарушение чувствительности, и нарушение движений и т.п.).

**Анамнез жизни.**

1. Возраст родителей при рождении больного. Течение беременности и родов у матери (гестозы, продолжительность родов, акушерские пособия, осложнения в родах). Время, прошедшее от момента родов

до первого кормления. Родился ли в срок, каким по счету. Характер вскармливания. Моторное развитие (когда начал сидеть, стоять, ходить), психо-речевое развитие. Неврологические заболевания в детском возрасте (нейроинфекции, припадки, снохождение, заикания и др. неврозы детского возраста, ночное недержание мочи).

2. Перенесенные заболевания, хронические интоксикации (алкоголь, никотин и пр.), травмы, хирургические операции, аллергические состояния. Психические перенапряжения и реакция на них.

3. Семейный анамнез: инфекции (туберкулез, сифилис, бруцеллез), алкоголизм, злокачественные новообразования, сосудистые и др. заболевания.

4. Наследственность. Наличие у родственников заболеваний, аналогичных заболеванию курируемого больного. Составление родословной (при необходимости). Причины смерти в семье.

5. Половая жизнь, с какого возраста. У женщин - начало менструаций, количество беременностей и их исход. Климакс, время его появления и признаки.

6. Трудовой анамнез (образование, начало трудовой деятельности, профессия, характеристика работы, профессиональные вредности).

7. Жилищно-бытовые условия. Условия жизни, начиная с детства. Жилище, питание. Отдых - его характер и продолжительность.

8. Характерологические особенности больного по анамнестическим данным, работоспособность, инициативность, выдержка, впечатлительность, самообладание.

---

---

---

### **Настоящие состояние больного.**

Оценка общего состояния: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое. Самочувствие. Положение больного (естественное, вынужденное). Выражение лица. Температура тела. Степень питания. Телосложение и особенности строения. Масса, рост. Состояние кожного покрова, подкожно-жирового слоя, слизистых оболочек. Состояние волос, ногтей. Поверхностные лимфоузлы. Костная система, суставы. Система дыхания (ритм, глубина, частота, аускультативная картина). Система кровообращения (границы относительной сердечной тупости, тоны сердца, пульс на лучевых, сонных, стопных артериях, артериальное давление.). Желудочно-кишечный тракт. Мочеполовая сфера. Внутрисекреторные расстройства: тиреотоксикоз, микседема, акромегалия и другие расстройства роста.

---

---

---

### **Состояние нервной системы.**

#### ***1. Состояние сознания.***

Сознание ясное, угнетено (оглушение, сопор, кома (I, II, III степени)), изменено (возбуждение или др.). Ориентация больного во времени, пространстве и в отношении самого себя.

---

---

---

#### ***2. Черепные нервы.***

1 пара - обонятельный нерв. Состояние обоняния с обеих сторон.

2 пара - зрительный нерв. Острота зрения с обеих сторон, поля зрения, цветоощущение.

3-4-6 пары - глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы. Форма, величина зрачков. Наличие анизокории. Реакция зрачков на свет, конвергенция, аккомодация. Объем движений глазных яблок. Наличие птоза, косоглазия, двоения предметов перед глазами. Наличие симптома Аргайль- Робертсона.

5 пара - тройничный нерв. Состояние различных видов чувствительности на коже лица. Болевые точки. Корнеальный и конъюнктивальный рефлексы. Состояние жевательных мышц.

7 пара - лицевой нерв. Симметричность носогубных складок и углов рта. Функция мимических мышц (наморщивание лба в складки, зажмуривание глаз, оскаливание зубов и др.). Вкусовая чувствительность.

8 пара - слуховой и вестибулярный нервы. Острота слуха с обеих сторон. Вестибулярные пробы.

9-10 пары - языкоглоточный и блуждающий нервы. Глотание. Фонация (фраза "манная каша"), подвижность мягкого неба при фокации. Рефлексы с мягкого неба и с задней стенки глотки. Наличие дисфагии, дисфонии. Наличие бульбарного или псевдобульбарного паралича.

---

---

11 пара - добавочный нерв. Состояние и функция m.m. sternocleidomastoideus, trapezius (повороты головы в стороны и вниз, поднятие плеч).

---

12 пара - подъязычный нерв. Высовывание языка из полости рта. Состояние мышц языка, наличие атрофии, фибриллярных подергиваний. Артикуляция речи (фраза “сыворотка из-под простокваши”). Наличие дизартрии.

---

***ПРИМЕЧАНИЕ: При наличии патологии черепного нерва производится более полное его описание.***  
**3. Чувствительная сфера.**

Боли и парестезии, их характер и локализация.

---

Болезненность нервных стволов. Болезненность паравертебральных точек. Болезненность точек периферических нервов. Анталгический дефанс мышц. Симптомы “натяжения”: седалищного нерва (Лассега, посадки, Нери, Бонне, Дежерина), бедренного нерва (Вассермана, Мацкевича).

---

Поверхностные виды чувствительности: болевая, температурная, тактильная.

---

Глубокие виды чувствительности: мышечно-суставное чувство, чувство давления и др.

---

Сложные виды чувствительности: стереогноз, двумерно-пространственное чувство, тактильная дискриминация двух точек, осознание положения тела и его частей в пространстве.

---

Наличие сенситивной атаксии.

---

***ПРИМЕЧАНИЕ: При исследовании каждого вида чувствительности определяется и описываются характер, степень расстройства (анестезия, гипестезия, гиперестезия, гиперпатия) и область расстройства (зарисовывается на схеме). Затем указывается тип нарушения чувствительности (корковый, церебрально-проводниковый, спинально-проводниковый, сегментарно-диссоциированный и др.)***

#### **4. Двигательная сфера.**

Походка (обычная, гемипаретическая, шаркающая, танцующая, утиная, генеральская, штампующая, петушиная, шадящая и др.).

---

Активные движения. Объем и скорость (темп) движений. Проба Барре. Наличие центрального или периферического геми- (пара-, тетра-, три-, моно-) пареза (паралича).

---

Мышечная сила (исследуется в симметричных мышечных группах путем сопоставления силе исследуемого, оценивается по пятибалльной шкале).

---

Пассивные движения, их объем. Наличие контрактур.

---

Мышечный тонус. Повышение (гипертония, ригидность), понижение тонуса мышц (гипотония, атония). Наличие феноменов “складного ножа”, “зубчатого колеса”, “разболтанности суставов” и др. Изменение позы (Вернике-Манна, “просителя” или др.).

---

Наличие атрофии мышц (распространенность и степень выраженности). Измерение конечностей.

---

---

---

Физиологические рефлексы:	сухожильные и периостальные:		
бицепитальные		D	S
трицепитальные		D	S
карпо-радиальные		D	S
коленные		D	S
ахилловы		D	S

кожные:			
брюшные		D	S
подошвенные		D	S

Патологические рефлексы (пирамидные патологические симптомы):

стопные:	разгибательная группа:	
Бабинского	справа	слева
Оппенгейма	справа	слева
Гордона	справа	слева
Шеффера	справа	слева

сгибательная группа:		
Россолимо	справа	слева
Бехтерева	справа	слева
Жуковского	справа	слева

псевдобульбарные рефлексы:

ладонно-подбородочный Маринеску-Радовичи	
хоботковый Бехтерева	
назолабиальный Аствацатурова	
насилственный смех и плач	

Фибриллярные и фасцикулярные подергивания мышц. Наличие клонуса стопы, коленной чашки, защитных рефлексов на нижних и верхних конечностях, синкинезий (глобальных, имитационных, координационных). Наличие патологических экстрапирамидных симптомов. Наличие хватательного рефлекса Янишевского. Ретро- и пропульсия. Олиго (гипо)- и брадикинезия. Гиперкинезы (хореический, атетоз, торсионный синдром, миоклонии, тремор (по типу “счета монет”, “катания пилюль”), локальные мышечные синдромы (спастическая кривошея, лицевой гемиспазм) и др..

### 5. Функции мозжечка.

Нистагм.

Пробы на динамическую атаксию. Координаторные пробы (пальценосовая, коленно-пяточная и др.). Наличие интенционного тремора. Пробы на адиадохокинез. Проба на скандированную речь (фраза “артиллерист триста тридцать третьего артиллерийского полка”). Изменение почерка.

Пробы на статическую атаксию. Поза Ромберга. Изменение походки (“пьяная”), проба “лисий шаг”. Проба на асинергию Бабинского.

Изменение мышечного тонуса.

### 6. Вегетативные и трофические расстройства.

Синдром Клода Бернара-Горнера (сужение глазной щели, миоз, энофтальм).

Трофические расстройства кожи (истончение, сухость, нарушение пигментации), их локализация.

Трофические расстройства кожи ногтей; волос, жировой ткани, мышц, костей и суставов (остеопатия и

артропатия), пролежни.

---

Вазомоторные расстройства: дермографизм местный и рефлекторный (белый, красный, поднимающийся, стойкий, нестойкий). Расстройства вазомоторов и их реакция на психические и физические раздражители; неврогенные отеки. Акроцианоз. Пиломоторный рефлекс. Потоотделение, салоотделение, слюноотделение. Орто- и клиностатическая пробы.

---

Тазовые органы: расстройства мочеиспускания (задержка, периодическое недержание, императивные позывы, истинное недержание, парадоксальная ишурия); расстройства акта дефекации (задержка, недержание и др.), расстройства половых функций.

---

### **7. Исследование высших корковых функций.**

Исследование речи. Выявление сенсорной, моторной, амнестической афазий. Логоневроз. Мутизм. Исследование письма. Выявление аграфии. Исследование чтения. Выявление алексии. Исследование счета. Выявление акалькулии. Исследование праксиса. Выявление расстройства действия, не обусловленных параличом, т.е. апраксии. Исследование гностических функций. Выявление зрительной слуховой, вкусовой, обонятельной агнозии.

---

Психика. Адекватность поведения. Способность больного вступать в контакт. Отношение к своему заболеванию (сознание своей болезни). Критическая оценка и эмоциональная реакция на свое заболевание. Состояние интеллекта, памяти, внимания, сообразительности, мышления (темп, связность, речевые формулировки, бедность лексикона, высокопарность). Эмоциональная сфера. Возбуждение, депрессия, степень их выраженности. Утомляемость. Слабодушие. Эйфория. Психопатологические явления: галлюцинации, бред, навязчивые состояния и др. явления. Сон, его расстройства: бессонница, сонливость, инверсия.

---

**8. Менингеальный синдром.** Типичная поза. Гиперестезия (в т.ч. фото- и акустикофобия). Ригидность затылочных мышц. Симптомы Кернига, Брудзинского (верхний, средний, нижний).

---

**9. Синдром повышения внутричерепного давления** (если он имеется, то указывается локализация головной боли, её интенсивность, характер, длительность, наличие рвоты, головокружения, брадикардии и др.).

---

**10. Пароксизмальные нарушения сознания** (если имеются, то дается подробное описание припадков (см. приложение 1)).

---

### **Параклинические методы обследования.**

Исследование крови, мочи, КСР, биохимические исследования.

Исследование спинно-мозговой жидкости. Исследование проходимости ликворных путей - пробы Квеккенштедта, Стуккея, состав и др.

Исследование глазного дна. Отоларингологическое исследование. Консультации других специалистов.

Электронеуромиография (ЭНМГ). Электроэнцефалография (ЭЭГ). Эхоэнцефалография (ЭХО-ЭГ).

Реоэнцефалография (РЭГ). Ультразвуковая доплерография (УЗДГ) сосудов головы и шеи.

Рентгенография черепа, позвоночника. Компьютерная томография (КТ). Магнитно-резонансная томография (МРТ).

---

### **Анализ данных анамнеза и объективного исследования.**

**Сводка патологических данных.** Выделение клинических симптомокомплексов (синдромов) (*например, синдром правостороннего центрального гемипареза – ограничение объема движений в правых конечностях (в руке – до минимальных движений, а ноге – на 2/3), снижение мышечной силы (в руке – до 1 балла, в ноге – до 3 баллов), повышение мышечного тонуса в правых конечностях по пирамидному типу, усиление сухожильных и периостальных рефлексов с правых конечностей, отсутствие брюшных рефлексов справа, наличие рефлексов Бабинского и Россолимо справа, клонуса правой стопы*).

---

**Установление топического диагноза** (с зарисовкой очага поражения на схемах нервной системы) (*например, очаг находится в области внутренней капсулы левого полушария головного мозга*).

**Обоснование предварительного диагноза** (этиологического, клинического, синдромального).

На основании жалоб больного:

---

анамнеза заболевания:

---

выявленной неврологической симптоматики (перечислить выявленные клинические симптомокомплексы (синдромы)):

---

можно установить клинический диагноз:

---

**Дневники за время курации. Этапные эпикризы.**

---

**Дифференциальный диагноз.**

---

**Окончательный диагноз**

(основное и сопутствующее заболевания, осложнения основного и сопутствующего заболеваний)  
(формулируется с учетом имеющихся клинических данных и результатов параклинического обследования):

---

**Этиология, патогенез, патологическая анатомия, течение изучаемого заболевания.**

---

**Лечение.**

Принципы лечения изучаемого заболевания, применяемые медикаментозные средства. План лечения курируемого больного.

---

**Рецепты:**

---

**Прогноз (в отношении жизни, выздоровления, трудоспособности). Трудовая, военная экспертиза.**

---

**Изученная и использованная при написании истории болезни литература.**

---

*Приложение 1.*

**СХЕМА ОПИСАНИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ПРИПАДКА.**

*Время начала припадка - дата, час, мин.*

*Сознание в момент припадка - сохранено, утрачено.*

*Положение больного - где лежит, в какой позе.*

*Наличие и характер судорог - тонические, клонические, генерализованные или фокальные.*

*Цвет лица - цианоз, бледность, гиперемия.*

*Пена изо рта - есть, нет, с примесью крови.*

*Непроизвольное мочеиспускание, дефекация во время припадка - имеют место, отсутствуют.*

*Дыхание - прерывистое, храпящее, остановка.*

*Пульс - частый, малый, аритмичный, напряженный.*

*Глаза - открыты, закрыты.*

*Глазные яблоки - в среднем положении, плавающие движения, отведены в сторону, косоглазие, подергивания.*

*Зрачки - расширены, сужены, анизокория.*

*Реакция зрачков на свет - отсутствует, сохранена.*

*Роговичный рефлекс - отсутствует, вызывается.*

*Рефлексы:*

*а) сухожильные, периостальные, кожные во время припадка и после окончания его - отсутствуют, сохранены, их выраженность и равномерность.*

*б) патологические (Бабинского и т.д.) вызываются, отсутствуют.*

*Чувствительность (реакция на болевые раздражения) - сохранена, отсутствует.*

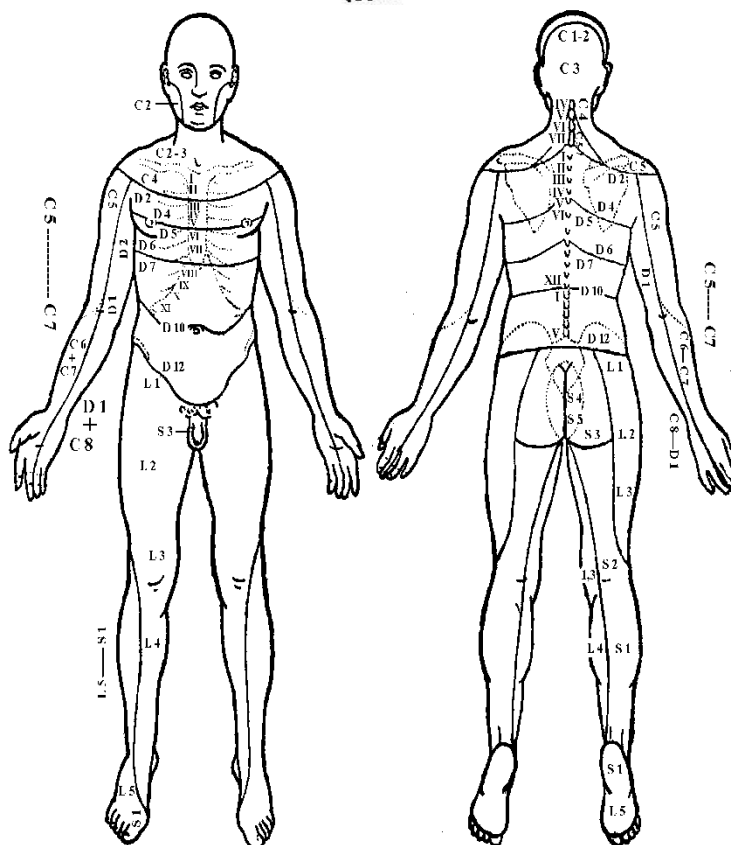
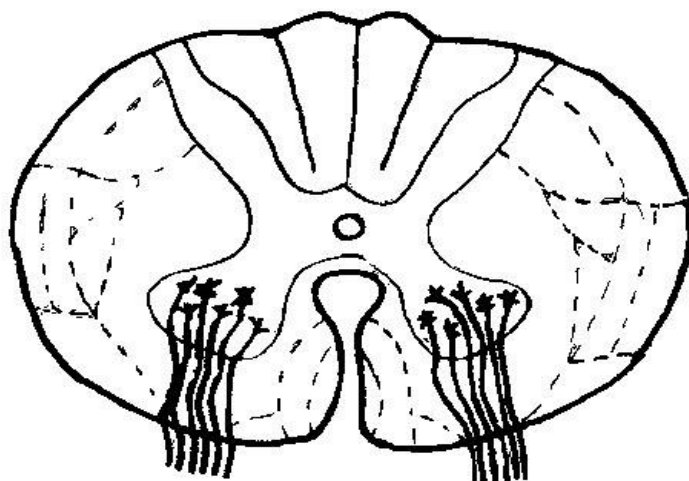
*Наружные повреждения после припадка - ссадины, кровоподтеки, прикусы языка, губ и др.*

*Состояние после припадка - сознание ясное, сонливость, сумеречное состояние, автоматические действия.*

*Общая продолжительность припадка - сколько минут.*

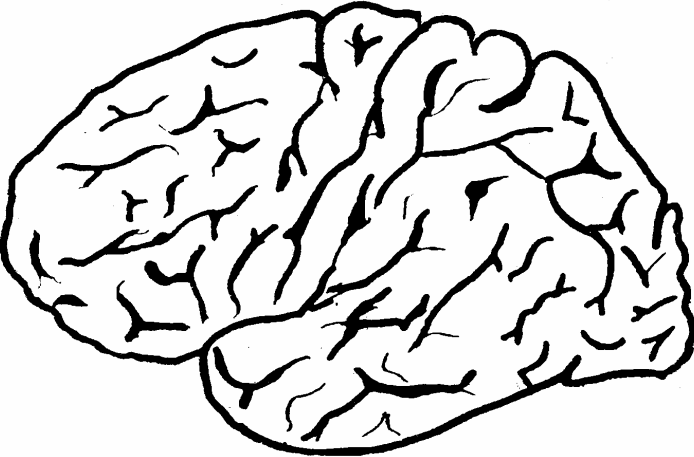
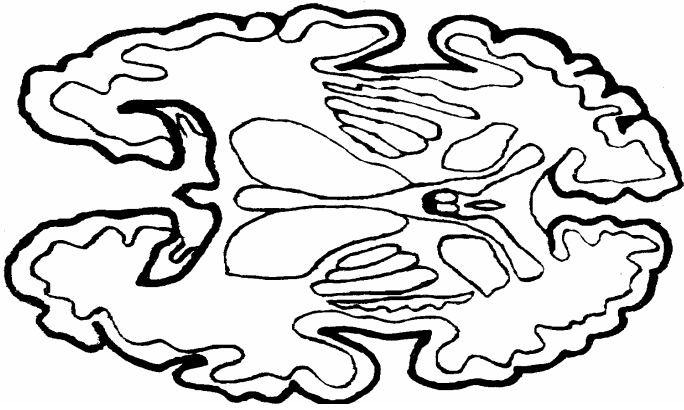
Приложение 2.

ИЛЛЮСТРАЦИИ К ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ









### Составители

№ пп	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Лукина Елена Владимировна	К.м.н., доцент	Доцент кафедры неврологии им. К.Н. Третьякова	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

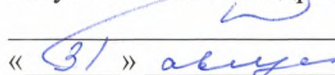


**Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Саратовский государственный медицинский университет  
имени В. И. Разумовского»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России)**

**УТВЕРЖДАЮ**

Начальник ОПКВК

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И.  
Разумовского Минздрава России

 Н.В. Щуковский  
« 31 » августа 2022 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ УЧЕБНОЙ  
ДИСЦИПЛИНЫ «НЕВРОЛОГИЯ»  
ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ**

*Блок 1, вариативная часть, обязательные дисциплины, Б1.В.ОД.1*

**СПЕЦИАЛЬНОСТЬ  
31.08.47 РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ**

ФГОС ВО утвержден приказом 1090  
Министерства образования и науки РФ  
от 25 августа 2014 года

Квалификация  
Врач-рефлексотерапевт  
Форма обучения  
**ОЧНАЯ**

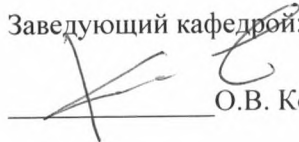
Нормативный срок освоения ОПОП – 2 года

**ОДОБРЕНА**

на учебно-методической конференции кафедры  
Неврологии им. К. Н. Третьякова

Протокол от 16.08.22 г. № 11

Заведующий кафедрой:

  
О.В. Колоколов

## МАТРИЦА ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Индекс	Наименование разделов и дисциплин	контролируемые компетенции	фонд оценочных средств	
			метод оценивания	вид оценочного средства
<b><i>Б1.В.ДВ.</i></b>	<b><i>Вариативная часть</i></b>			
Б1.В.ОД.1	Неврология	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9;	Компьютерное тестирование	Комплект из 302 типовых тестовых заданий
			Решение типовой ситуационной задачи	Комплект из 79 типовых ситуационных задач
			Собеседование по типовым практико-ориентированным вопросам	Комплект из 37 типовых практико-ориентированных вопросов
			Собеседование по типовым вопросам к зачету	Комплект из 47 типовых вопросов к зачету

### АТТЕСТАЦИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НЕВРОЛОГИЯ»

При проведении зачетного занятия используются следующие традиционные формы контроля:

№	Формы контроля	Наполнение фондов оценочных средств
1	Тесты для тестирования с использованием персонального компьютера	Банк типовых вопросов для тестирования с использованием персонального компьютера (в том числе offline и online тестирование) по разделам дисциплины Инструкция по выполнению тестирования Критерии оценки результатов тестирования
2	Решение ситуационной задачи	Комплект типовых ситуационных задач Критерии оценки результатов
3	Собеседование (контроль практических навыков)	Вопросы для самоподготовки обучающихся к собеседованию Вопросы для проведения собеседования по оценке практических навыков Критерии оценки результатов собеседования
4	Собеседование (контроль теоретических знаний)	Вопросы для самоподготовки обучающихся к собеседованию Вопросы для проведения собеседования Критерии оценки результатов собеседования

## Шкала оценивания

Оценка	Описание
5	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
4	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
3	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.
2	Демонстрирует небольшое понимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.
1	Демонстрирует непонимание проблемы.
0	Нет ответа. Не было попытки решить задачу.

### Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов освоения образовательной программы

Формой аттестации для обучающихся является зачетное занятие.

#### 1. Оценивание результатов:

##### 1.1. Оценивание результатов компьютерного тестирования

Количество правильно решенных тестовых заданий:

90 % и более правильных ответов - "отлично",

80-89 % правильных ответов – «хорошо»,

70-79% правильных ответов – «удовлетворительно»,

менее 70% правильных ответов - "неудовлетворительно".

##### 1.2. Собеседование по типовой ситуационной задаче

Результат работы с ситуационной задачей оценивается по системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Оценка «отлично» - ординатор правильно и полноценно оценил клиническую ситуацию, определил основные патологические синдромы, правильно оценил результаты всех дополнительных методов обследования, отвечает на заданные вопросы, демонстрирует свободное владение материалом, умение применять знания в конкретной ситуации; не допускает неточностей (ошибок), анализирует результаты собственных действий.

Оценка «хорошо» - ординатор правильно и полноценно оценил клиническую ситуацию, определил основные патологические синдромы, правильно оценил результаты всех дополнительных методов обследования, отвечает на заданные вопросы, демонстрирует достаточный уровень владения материалом в конкретной ситуации; допускает некоторые неточности (малозначительные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет, анализирует результаты собственных действий.

Оценка «удовлетворительно» - ординатор правильно, но неполноценно оценил клиническую ситуацию, не смог выделить все патологические синдромы, правильно, но неполноценно изучил результаты всех дополнительных методов обследования, отвечает на заданные вопросы не в полном объеме, демонстрирует ограниченное владение материалом в конкретной ситуации; допускает неточности (ошибки), которые обнаруживает и быстро исправляет после указания на них членов государственной экзаменационной комиссии, анализирует результаты собственных действий.

Оценка «неудовлетворительно» - ординатор не смог полноценно и грамотно оценить клиническую ситуацию, неправильно выделил основные патологические синдромы, плохо ориентируется в результатах дополнительного обследования, не ориентирован в основных вопросах специальности, установленных программой государственной итоговой аттестации, или делает грубые ошибки при их выполнении, не может самостоятельно исправить ошибки.

### ***1.3. Оценивание результатов практических навыков и умений:***

- Оценка «отлично» выставляется обучающемуся быстро и правильно справляющемуся с решением практических задач, способному определить показания для проведения параклинических обследований и трактовать их результаты, определить план обследования и лечения больных, владеющему приемами и практическими навыками по изучаемой дисциплине в полном объеме.

- Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся справившемуся с решением практических задач, способному определить основные показания для проведения параклинических обследований и трактовать их результаты, определить план обследования и лечения больных, однако допускающему несущественные неточности при выполнении практических навыков по изучаемой дисциплине.

- Оценка «удовлетворительно» ставится обучающемуся, который испытывает затруднения в решении практических задач, способному определить основные показания для проведения параклинических обследований, способному определить план обследования и лечения больных, однако выполняющему практические навыки по изучаемой дисциплине в неполном объеме (но более 50%).

- Оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся, который не в состоянии решить практические задачи, затрудняющемуся определить основные показания для проведения параклинических обследований, определить план обследования и лечения больных, не способному выполнить более 50% практических навыков по изучаемой дисциплине. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающимся, которые не могут приступить к профессиональной деятельности по изучаемой дисциплине.

### ***1.4. Оценивание результатов собеседования по теоретическим вопросам***

Результаты собеседования оцениваются по четырёхбалльной системе.

Оценка «отлично» выставляется в случае, если ординатор:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и

дополнительные экзаменационные вопросы;

- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;
- демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Оценка «хорошо» выставляется в случае, если ординатор:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах;
- имеются незначительные упущения в ответах.

Оценка «удовлетворительно» выставляется в случае, если ординатор:

- дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы

Оценка «неудовлетворительно» выставляется в случае, если ординатор:

- демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

«Неудовлетворительная» оценка, полученная при промежуточной аттестации по дисциплине «Неврология», может служить основанием для отчисления за неуспеваемость.

## 2. Схемы проверки компетенций

### 2.1. Схема проверки компетенций по тестам

Индекс компетенции	Описание компетенции	Номера вопросов
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	4-11, 170, 208-219, 225, 226, 244-246,
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантному восприятию социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий	25, 301
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и	299, 300



	развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	
ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	26, 80, 302
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1-3, 12-24, 27-30, 32-40, 42-45, 47-50, 52-62, 65-68, 70-79, 81-83, 87-89, 94, 95, 97-101, 106, 110-113, 118, 122-124, 127, 133-155, 157-166, 168, 169, 173-175, 178-180, 182-202, 205, 207, 220-224, 227-236, 239-243, 247-268, 270, 272-298
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи	31, 46, 63, 64, 84-86, 90-93, 96, 102-105, 114-117, 119-121, 125, 126, 128-130, 156, 167, 171, 172, 176, 177, 181, 203, 204, 206, 237,
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;	131, 132, 238, 269, 271
ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	41, 51, 69, 107-109

## 2.2. Схема проверки компетенций по ситуационным задачам

Индекс компетенции	Описание компетенции	Номера вопросов
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1-70
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантному восприятию социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий	1-70

ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1-70
ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	1-70
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1-70
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи	1-70
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;	1-70
ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1-70

2.3. Схема проверки компетенций по практико-ориентированным вопросам – проверка практических навыков и умений.

Индекс компетенции	Описание компетенции	Номера вопросов
--------------------	----------------------	-----------------

УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	23-37
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантному восприятию социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий	1-5
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	23-37
ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	6-10
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	11-22
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи	11-22
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;	11-22
ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего	6-22

	здоровья и здоровья окружающих	
--	--------------------------------	--

#### 2.4. Схема проверки компетенций по вопросам для проведения собеседования

Индекс компетенции	Описание компетенции	Номера вопросов
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1-9
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантному восприятию социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий	10-47
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	10-47
ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	10-47
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	10-47
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи	10-47
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в	10-47

	медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;	
ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	10-47



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Саратовский государственный медицинский университет имени В.И.  
Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России)**

**Приложение № 1**

**КОМПЛЕКТ ТИПОВЫХ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ  
ПРОМЕЖУТОЧНОГО КОНТРОЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ  
ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ**

**ДИСЦИПЛИНА  
НЕВРОЛОГИЯ  
СПЕЦИАЛЬНОСТЬ  
31.08.47 РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ**

Квалификация  
Врач-рефлексотерапевт  
Форма обучения  
**ОЧНАЯ**

Саратов

. Сосудистые заболевания нервной системы.

1. Болезнь Альцгеймера проявляется
  - 1) ступенеобразным ухудшением когнитивной деятельности, особенно памяти; лабильностью психоэмоциональной сферы
  - 2) нарушением межличностных отношений, профессиональной деятельности; безответственным поведением; выпадением памяти; тремором, атаксией
  - 3) прогрессирующим снижением когнитивных функций и утратой способности к целенаправленным действиям; длительной сохранностью неврологической сферы
  - 4) прогрессирующим снижением когнитивных функций с колебаниями выраженности возникающих нарушений; бредом, галлюцинациями; паркинсонизмом
  - 5) нарушениями речи, когнитивных функций и поведения; большей выраженностью речевых расстройств по сравнению со снижением памяти; паркинсонизмом
  
2. Объективизацию когнитивных функций проводят по данным
  - 1) о повседневной и функциональной активности
  - 2) нейропсихологического тестирования
  - 3) МРТ
  - 4) ЭЭГ
  - 5) транскраниальной доплерографии
  
3. Основными нейропсихологическими тестами являются все, кроме
  - 1) теста 5 слов
  - 2) теста рисования часов
  - 3) FAB-теста
  - 4) IQ-теста
  - 5) MMS-теста
  
4. Виллизиев круг – артериальный круг головного мозга – не включает
  - 1) переднюю соединительную артерию
  - 2) позвоночные артерии
  - 3) задние соединительные артерии
  - 4) начальные сегменты передних мозговых артерий
  - 5) супраклиноидные части внутренних сонных артерий
  
5. Вертебральные артерии берут начало от
  - 1) аорты
  - 2) внутренней сонной артерии
  - 3) брахиоцефального ствола
  - 4) подключичных артерий
  - 5) основной артерии
  
6. Внутреннюю сонную артерию непосредственно продолжает
  - 1) средняя мозговая артерия
  - 2) передняя мозговая артерия
  - 3) задняя мозговая артерия
  - 4) основная артерия
  - 5) передняя соединительная артерия

7. К артериям, кровоснабжающим головной мозг, не относят
- 1) среднюю мозговую артерию
  - 2) позвоночную артерию
  - 3) основную артерию
  - 4) внутреннюю сонную артерию
  - 5) подключичную артерию
8. Таламус кровоснабжается из бассейна
- 1) задней мозговой артерии
  - 2) основной артерии
  - 3) передней мозговой артерии
  - 4) средней мозговой артерии
  - 5) средней височной артерии
9. Зрительный перекрест кровоснабжается из бассейна
- 1) средней мозговой артерии
  - 2) задней соединительной артерии
  - 3) задней мозговой артерии
  - 4) средней височной артерии
  - 5) передней мозговой артерии
10. Характерный признак тромбоза внутренней сонной артерии –
- 1) альтернирующий синдром Захарченко-Валленберга
  - 2) альтернирующий синдром вебера (парез глазодвигательного нерва и пирамидный синдром)
  - 3) альтернирующий оптикопирамидный синдром
  - 4) альтернирующий синдром Фавиля
  - 5) сенсорная афазия
11. При поражении передней мозговой артерии будут наблюдаться расстройства чувствительности по следующему типу
- 1) периферическому
  - 2) корковому
  - 3) церебрально-проводниковому
  - 4) сегментарно-диссоциированному
  - 5) спинально-проводниковому
12. К симптомам, характерным для поражения правой передней мозговой артерии, относится
- 1) нарушение психики
  - 2) антероградная амнезия
  - 3) дизартрия
  - 4) афазия моторная
  - 5) афазия сенсорная
13. Для поражения задней мозговой артерии характерно развитие
- 1) гомонимной гемианопсии
  - 2) битемпоральной гемианопсии
  - 3) биназальной гемианопсии
  - 4) концентрического сужения полей зрения
  - 5) амавроза



14. В развитии недостаточности кровоснабжения мозга при атеросклерозе играют роль следующие факторы
- 1) пролапс митрального клапана
  - 2) повышение фибринолитической активности крови
  - 3) снижение активности свертывающей системы
  - 4) стеноз магистральных сосудов на шее
  - 5) микроангиопатия
15. Псевдобульбарный синдром развивается при сочетанном поражении
- 1) пирамидных и мозжечковых путей доминантного полушария
  - 2) пирамидных и мозжечковых путей недоминантного полушария
  - 3) пирамидных и экстрапирамидных путей доминантного полушария
  - 4) пирамидных и экстрапирамидных путей недоминантного полушария
  - 5) пирамидных путей доминантного и недоминантного полушарий
16. Геморрагический инфаркт головного мозга локализуется
- 1) только в белом веществе больших полушарий
  - 2) только в белом веществе полушарий мозжечка
  - 3) только в сером веществе головного мозга
  - 4) чаще в коре, реже подкорковых узлах
  - 5) в любой области головного мозга
17. Для тромбоза мозговых сосудов нехарактерно
- 1) наличие в анамнезе транзиторных ишемических атак
  - 2) постепенное нарастание очаговой симптоматики
  - 3) малая выраженность общемозговой симптоматики
  - 4) сохранность сознания
  - 5) выпадение полей зрения
18. Фармакотерапия больных с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения проводится с целью
- 1) предупреждения кардиоцеребрального синдрома
  - 2) улучшения церебральной гемодинамики и метаболизма мозга
  - 3) регресса очаговой церебральной симптоматики
  - 4) регресса общемозговой симптоматики
  - 5) регресса общемозговой и очаговой церебральной симптоматики
19. Гипертоническое кровоизлияние в мозг сопровождается
- 1) сдавлением вещества мозга и смещением ствола головного мозга
  - 2) диплопией
  - 3) менингеальным синдромом
  - 4) общемозговыми симптомами
  - 5) закупоркой артерии основания мозга
20. При паренхиматозно-субарахноидальном кровоизлиянии обязательным признаком является
- 1) образование сливных очагов
  - 2) кровянистый ликвор
  - 3) смещение срединного эхо- сигнала
  - 4) диапедезное пропитывание
  - 5) бифуркация базилярной артерии

21. При кровоизлиянии в мозжечок обязательным является наличие
- 1) утраты сознания, гемипареза
  - 2) атаксии и гемипареза
  - 3) глазодвигательных расстройств и атаксии
  - 4) глазодвигательных расстройств и утраты сознания
  - 5) симптома Бабинского
22. Для субарахноидального кровоизлияния обязательным признаком является
- 1) утрата сознания
  - 2) зрачковые расстройства
  - 3) нистагм
  - 4) менингеальный синдром
  - 5) двусторонние пирамидные патологические знаки
23. Наиболее важный модифицируемый фактор риска развития инсульта
- 1) сахарный диабет
  - 2) гиперлипидемия
  - 3) фибрилляция предсердий без патологии клапанов
  - 4) артериальная гипертензия
  - 5) курение
24. Уровень артериального давления у пациентов с прегипертензией варьирует
- 1) от 115/90 до 145/90 мм рт.ст.
  - 2) от 119/79 до 140/80 мм рт.ст.
  - 3) от 120/80 до 139/89 мм рт.ст.
  - 4) от 120/90 до 150/90 мм рт.ст.
  - 5) от 120/100 до 130/90 мм рт.ст.
25. Стандартизированный по возрасту показатель заболеваемости нарушениями мозгового кровообращения
- 1) 100 – 300 случаев на 100 000 человек в год
  - 2) 500 случаев на 100 000 человек в год
  - 3) 700 случаев на 100 000 человек в год
  - 4) 2400 случаев на 100 000 человек в год
  - 5) первая по частоте причина нетрудоспособности
26. Для церебральной ишемии достоверно не доказано влияние
- 1) сердечной эмболии
  - 2) стеноза коронарных артерий
  - 3) нарушения ритма сердца
  - 4) гипергликемии
  - 5) гиперурикемии
27. Для эмболии мозговых артерий характерно все перечисленное, кроме
- 1) внезапного развития очаговой симптоматики
  - 2) застойного соска зрительного нерва
  - 3) наличия общемозговой симптоматики
  - 4) наличия мерцательной аритмии
  - 5) головная боль
28. Наибольшей информативностью при диагностике кровоизлияния в ранние сроки обладает

- 1) ангиография
- 2) компьютерная томография
- 3) магнитно-резонансная томография
- 4) ультразвуковая доплерография
- 5) электроэнцефалография

29. У больных с неразорвавшейся конвекситальной артериовенозной аневризмой могут быть

- 1) глазодвигательные расстройства
- 2) менингеальные симптомы
- 3) нарушения зрения
- 4) судороги
- 5) эпилептические припадки

30. Развитие артериального спазма характерно для субарахноидального кровоизлияния следующего вида

- 1) гипертонического
- 2) атеросклеротического
- 3) аневризматического
- 4) травматического
- 5) паренхиматозного

31. Наиболее эффективен при различных видах головокружения препарат

- 1) аэрон (гиосциамин/ скополамин, *Россия*)
- 2) бетасерк (бетагистин дигидрохлорид, *Solvay Pharma*)
- 3) ноотропил (пирацетам, *UCB Pharma S.p.A.*)
- 4) танакан (стандартизованный экстракт Гинкго Билоба, *Beaufour Ipsen*)
- 5) трентал (Пентоксифиллин, *Aventis Pharma Ltd.*)

32. Показанием для каротидной эндартерэктомии является

- 1) гемодинамически значимый стеноз внутренней сонной артерии
- 2) высокие цифры АД
- 3) гиперкоагуляция
- 4) повышение содержания холестерина, триглицеридов
- 5) гиповолемия

33. Самая частая причина спонтанного внутримозгового кровоизлияния

- 1) артериальная гипертензия
- 2) сосудистые мальформации
- 3) микроаневризмы
- 4) васкулиты
- 5) применение антикоагулянтов

34. Стриатокapsулярный инфаркт не характеризует

- 1) выраженный гемипарез
- 2) афазия
- 3) гомонимная латеральная гемианопсия
- 4) сонор и кома
- 5) оральная апраксия

35. Синдром Захарченко - Валленберга возникает при закупорке

- 1) передней мозговой артерии

- 2) средней мозговой артерии
- 3) нижней передней артерии мозжечка
- 4) нижней задней артерии мозжечка
- 5) задней мозговой артерии

36. Внезапная головная боль; менингеальный синдром; гемипарез; обычно отклонение взора в сторону поражения; тошнота/рвота, сопровождающиеся значительным повышением давления – симптомы

- 1) ишемического инсульта
- 2) эмболического инсульта
- 3) лакунарного инсульта
- 4) внутримозгового кровоизлияния
- 5) субарахноидального кровоизлияния

37. Эпилептические припадки, гемипарез, гемигипестезия, гемианопсия, афазия – клинические проявления кровоизлияния в

- 1) мозжечок
- 2) мост
- 3) таламус
- 4) скорлупу
- 5) лобной доле

38. Внезапное начало при пробуждении, наличие заболеваний сердца, эпилептические припадки, очаговая неврологическая симптоматика

- 1) характерные признаки атеротромботического инсульта
- 2) кардиоэмболического инсульта
- 3) гемодинамического инсульта
- 4) лакунарного инсульта
- 5) геморрагического инсульта

39. Для поражения правой средней мозговой артерии не характерно наличие

- 1) апраксии левой руки
- 2) левосторонней гемианопсии
- 3) левосторонней гемиплегии
- 4) анозогнозии
- 5) афазия

40. Самой частой причиной ДЭП является

- 1) патология крупных экстракраниальных артерий
- 2) основных интракраниальных артерий
- 3) кардиогенная эмболия
- 4) церебральная микроангиопатия
- 5) артериальная гипотензия

41. Возраст начала Болезни Альцгеймера

- 1) >30
- 2) 45–55
- 3) ≥50
- 4) >60
- 5) любой

42. Патоморфологически болезнь Альцгеймера характеризуется

- 1) преимущественным поражением височной доли
- 2) атрофией коры височной и лобной долей; гидроцефалией *ex vasio*
- 3) атрофией в височно-теменной области; гидроцефалией *ex vasio*
- 4) несколькими корковыми инфарктами или множественными лакунарными
- 5) генерализованным атеросклерозом, чаще всего на фоне гипертонической болезни

43. В патогенезе когнитивных расстройств при болезни Альцгеймера ведущую роль имеет патология

- 1) ацетилхолинергической системы
- 2) норадренергической системы
- 3) серотонинергической системы
- 4) дофаминергической системы
- 5) ГАМК-ергической системы

44. Сосудистая деменция патоморфологически не обусловлена

- 1) внутримозговыми кровоизлияниями
- 2) кардиогенной церебральной эмболией
- 3) транзиторными ишемическими атаками
- 4) церебральной макроангиопатией
- 5) церебральной микроангиопатией

45. Электроэнцефалограммы пациентов с болезнью Альцгеймера характеризуются

- 1) отсутствием изменений
- 2) замедлением ритма
- 3) эпилептиформной активностью
- 4) спайк-волнами
- 5) сигма-волнами

46. Начальная доза препарата Экселон, *Novartis* (ривастигмин) при болезни Альцгеймера

- 1) 1.5 мг 2 раза в сутки
- 2) 6 мг 2 раза в сутки
- 3) 12 мг 2 раза в сутки
- 4) до 1.5 мг в сутки
- 5) от 20 до 50 мг в сутки

47. Стадии дисциркуляторной энцефалопатии выделяют на основании

- 1) перенесенных транзиторных ишемических атак
- 2) изменения показателей ЭЭГ и РЭГ
- 3) изменений реологических свойств крови
- 4) степени повышения артериального давления
- 5) выраженности неврологических и психических расстройств

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

- 1) 1 сут.
- 2) 1 нед.
- 3) 2 нед.
- 4) 3 нед.

5) 1 мес.

49. Решающее влияние на прогноз преходящего нарушения мозгового кровообращения оказывает

- 1) адекватный уровень артериального давления
- 2) состояние вязкости и текучести крови
- 3) состояние свертывающей системы крови
- 4) сохранная проходимость приводящих артерий
- 5) продолжительность эпизодов преходящей ишемии

50. Горметонией называется состояние, при котором наблюдается

- 1) генерализованная гипотония мышц в сочетании с нарушением ритма дыхания
- 2) повышение мышечного тонуса в сгибателях верхних конечностей и разгибателях нижних конечностей
- 3) повышение мышечного тонуса в разгибателях верхних конечностей и сгибателях нижних конечностей
- 4) повторяющиеся пароксизмы повышения мышечного тонуса в разгибателях конечностей
- 5) сочетание слабости в нижней половине тела с дисфункцией сфинктеров

51. Критический фактор роста риска развития инсульта в 1,9 раза у мужчин и в 1,7 раза у женщин

- 1) курение
- 2) ожирение
- 3) заместительная гормональная терапия
- 4) увеличение систолического артериального давления на 10 мм рт. ст.
- 5) прегипертензия

52. В основе головной боли при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения головного мозга может быть любой патогенетический механизм, кроме

- 1) спазма артерий мозга
- 2) гипотонии и дилатации артерий
- 3) гипотонии и дилатации вен
- 4) нарушения ликвороциркуляции
- 5) пароксизмальное расширение лицевых артерий

53. Неблагоприятный прогноз развития болезни Альцгеймера не предполагает

- 1) поздний дебют
- 2) очаговых нарушений корковых функций
- 3) ранних лобных и зрительно-пространственных нарушений
- 4) экстрапирамидных знаков и миоклоний
- 5) депрессии, психотических и поведенческих расстройств

54. Клинические особенности болезни Альцгеймера

- 1) постепенно прогрессирующее в зрелом и более возрасте поражение не менее двух когнитивных сфер при ясном сознании
- 2) прогрессирующее в пожилом возрасте когнитивное расстройство, первоначально затрагивающее внимание и зрительно-пространственные функции с обязательным наличием когнитивных флуктуаций или повторяющихся зрительных галлюцинаций или признаков паркинсонизма

- 3) прогрессирующее ухудшение когнитивных функций, апатия, головная боль, нарушение координации, тремор
  - 4) постепенно нарастающие в зрелом возрасте нарушения поведенческой сферы, речевые расстройства по типу динамической афазии
  - 5) развитие в пожилом возрасте регуляторных когнитивных и поведенческих нарушений, расстройство кратковременной памяти, ночная спутанность сознания, очаговые неврологические симптомы
55. Сопоставимое по частотности проявления патологическое изменение таких нейропсихических модальностей как память, регуляция, ориентация и внимание преобладает в клинической картине
- 1) деменции альцгеймеровского типа
  - 2) лобно-височной деменции
  - 3) деменции с тельцами Леви
  - 4) подкорковой энцефалопатии Бинсвангера
  - 5) сосудистой деменции
56. Патологическое изменение (в порядке уменьшения частотности) таких нейропсихических модальностей как речь, поведение, регуляция, внимание преобладает в клинической картине
- 1) деменции альцгеймеровского типа
  - 2) лобно-височной деменции
  - 3) деменции с тельцами Леви
  - 4) подкорковой энцефалопатии Бинсвангера
  - 5) сосудистой деменции
57. Флуктуирующее патологическое изменение (в порядке уменьшения частотности) таких нейропсихических модальностей как внимание и поведение преобладает в клинической картине
- 1) деменции альцгеймеровского типа
  - 2) лобно-височной деменции
  - 3) деменции с тельцами Леви
  - 4) подкорковой энцефалопатии Бинсвангера
  - 5) сосудистой деменции
58. Клинические особенности деменции с тельцами Леви
- 1) апраксия ходьбы, тазовые нарушения
  - 2) головная боль, нарушение координации, тремор
  - 3) зрачковые нарушения, дизартрия
  - 4) зрительные галлюцинации, паркинсонизм
  - 5) хватательные рефлексы, рефлексы орального автоматизма
59. Ведущим в постановке диагноза болезни Альцгеймера является
- 1) нейропсихологическое тестирование
  - 2) длительное наблюдение за больным
  - 3) МРТ-исследование
  - 4) ЭЭГ-исследование
  - 5) дуплексное исследование сосудов головного мозга
60. При КТ/МРТ-исследовании головного мозга в случае деменции с тельцами Леви выявляется
- 1) атрофия височно-теменной области

- 2) атрофию лобных и височных областей
- 3) глобальная церебральная атрофия
- 4) очаги демиелинизации в белом веществе или подкорковые лакунарные инфаркты
- 5) цереброваскулярное поражение

61. При КТ/МРТ-исследовании головного мозга у пациентов с болезнью Альцгеймера выявляется

- 1) атрофия в височно-теменной области
- 2) атрофия лобных и височных областей
- 3) глобальная атрофия
- 4) очаги демиелинизации в белом веществе или подкорковые лакунарные инфаркты
- 5) цереброваскулярное поражение

62. Признаки, противоречащие диагнозу болезни Альцгеймера

- а) положительный семейный анамнез
  - б) острое начало
  - в) ясное сознание
  - г) очаговые неврологические изменения на ранней стадии
  - д) наличие периодов стабилизации
- 1) а, б    2) б, г    3) в, г    4) б, в, г    5) б, в, д

63. К антихолинэстеразным средствам относится

- 1) ривастигмин (Экселон, Novartis)
- 2) амантадина сульфат (ПК-Мерц, Merz)
- 3) мемантин (Акатинол мемантин, Merz)
- 4) пирибедил (Проноран, Servier)
- 5) тиоктовая кислота (Берлитион, Berlin-Chemie AG (Menarini Group))

64. У пациентов с деменцией возможно трансдермальное применение лекарственного средства

- 1) ривастигмин (Экселон, Novartis)
- 2) амантадина сульфат (ПК-Мерц, Merz)
- 3) мемантин (Акатинол мемантин, Merz)
- 4) пирибедил (Проноран, Servier)
- 5) донепезил (Донепезила гидрохлорид, Actavis Ltd.)

65. В клинической практике наиболее часто делаются ошибки в дифференциальной диагностике деменции и

- 1) апатии
- 2) депрессии
- 3) дисциркуляторной энцефалопатии
- 4) истерии
- 5) психоза

66. Развитие гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии чаще всего вызывается

- 1) стенозом крупных мозговых сосудов
- 2) спазмом мозговых сосудов
- 3) поражением мелких мозговых сосудов



- 4) повышением свертываемости крови
- 5) нарушением кардиальной гемодинамики

67. Декомпенсации хронической дисциркуляторной энцефалопатии не способствуют

- 1) повторные эпизоды нарушения ритма сердечной деятельности
- 2) повторные эпизоды колебания артериального давления
- 3) повышение агрегационной активности крови
- 4) повышение коагуляционной активности крови
- 5) хроническая соматическая патология

68. При шейном остеохондрозе чаще поражается артерия

- 1) спинномозговая
- 2) позвоночная
- 3) внутренняя сонная артерия
- 4) наружная сонная артерия
- 5) затылочная

69. Диагноз преходящего нарушения мозгового кровообращения устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу в течение

- 1) 3 часов
- 2) 6 часов
- 3) 12 часов
- 4) 24 часов
- 5) недели

70. Для неврологических проявлений вертебробазилярной недостаточности характерно наличие

- 1) вестибуломозжечкового синдрома
- 2) гемифациальный спазм
- 3) когнитивных нарушений
- 4) синдрома Клода Бернара-Горнера
- 5) синдрома сенсомоторной афазии

71. Для бульбарного синдрома при хронической недостаточности мозгового кровообращения, в отличие от псевдобульбарного, характерно наличие

- 1) дизартрии
- 2) дисфагии
- 3) дисфонии
- 4) симптомов орального автоматизма
- 5) фибрилляции языка

72. Для ишемического таламического повреждения не характерно

- 1) сомнолентная апатия
- 2) ухудшение памяти
- 3) гемиатаксия
- 4) хореоатетонидные нарушения
- 5) нарушение функции тазовых органов

73. Чисто моторный гемипарез, неловкость движений в конечностях, дизартрия, спонтанный плач, примитивные рефлекс (хоботковый, усиление челюстно-дрожательного рефлекса) – симптомы

- 1) ишемического инсульта
- 2) эмболического инсульта
- 3) лакунарного инсульта
- 4) внутримозгового кровоизлияния
- 5) субарахноидального кровоизлияния

74. Симптомом pontine геморагии не является

- 1) внезапная потеря сознания
- 2) головная боль, тошнота, головокружение
- 3) тетрапарез
- 4) гипертермия
- 5) мидриаз

75. Верхнеквадрантная гемианопсия, сенсорная афазия, нарушения памяти, зрительная агнозия, зрительные галлюцинации – симптомы нарушения мозгового кровообращения в

- 1) каротидном бассейне
- 2) вертебробазилярном бассейне
- 3) бассейне заднемозговой артерии
- 4) бассейне среднемозговой артерии
- 5) бассейне стриарных артерий

76. Отличительной особенностью сосудистого паркинсонизма является

- 1) вовлечение верхних конечностей
- 2) вовлечение нижних конечностей
- 3) гемипаркинсонизм
- 4) преобладание тремора покоя
- 5) глагодвигательные нарушения

77. Противопоказанием к транспортировке в неврологический стационар больного с гипертоническим кровоизлиянием в мозг является

- 1) утрата сознания
- 2) рвота
- 3) психомоторное возбуждение
- 4) инфаркт миокарда
- 5) отек легких

78. Риск развития инсульта при патологии миокарда максимален у пациентов с

- 1) патологией коронарных артерий
- 2) гипертрофией левого желудочка
- 3) сердечной недостаточностью
- 4) ИБС
- 5) Миокардит

79. При формулировании диагноза острого сосудистого заболевания головного мозга согласно классификации НИИ неврологии РАМН. на первое место выносятся

- 1) этиология сосудистого процесса
- 2) патогенез сосудистого поражения
- 3) характер нарушения мозгового кровообращения
- 4) название пораженного сосудистого бассейна
- 5) клинический синдром

80. Вторичную профилактику инфаркта мозга необходимо проводить
- 1) с первых симптомов заболевания
  - 2) со 2-3-ей недели с момента заболевания
  - 3) через месяц с момента заболевания
  - 4) через год с момента заболевания
  - 5) с момента госпитализации
81. Очаг ишемического инсульта головного мозга выявляется МРТ от начала заболевания
- 1) через 1 ч
  - 2) через 3 ч
  - 3) через 6 ч
  - 4) к концу первых суток
  - 5) к концу первой недели
82. КТ выявляет зону гиподенсивности в очаге ишемического инсульта через
- 1) 1 ч от начала заболевания
  - 2) 2 ч от начала заболевания
  - 3) 4 ч от начала заболевания
  - 4) 6 и более от начала заболевания
  - 5) к концу первых суток
83. Для подтверждения диагноза сосудистого паркинсонизма необходимо проведение
- 1) дуплексного сканирования сосудов головы
  - 2) ЭХО-кардиография
  - 3) ЭЭГ
  - 4) Биохимических анализов крови
  - 5) нейровизуализации
84. Показанием для назначения дегидратирующих средств при ишемическом инсульте являются
- 1) выраженность общемозговой симптоматики
  - 2) выраженность очаговой симптоматики
  - 3) гиповолемия
  - 4) гиперкоагулопатия
  - 5) цереброкардиальный синдром
85. Вазоактивные средства при ишемическом инсульте улучшают
- 1) церебральную гемодинамику и водно-электролитный баланс
  - 2) венозный кровоток
  - 3) водно-электролитный баланс и реологию крови
  - 4) сосудистый тонус
  - 5) ангиопротекцию
86. При лечении сосудистого паркинсонизма возможно применение следующего противопаркинсонического препарата
- 1) агониста дофаминовых рецепторов
  - 2) ингибитора КОМТ
  - 3) ингибитора MAO типа B
  - 4) леводопы
  - 5) холинолитика

87. Развитие гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии чаще всего вызывается
- 1) стенозом крупных мозговых сосудов
  - 2) спазмом мозговых сосудов
  - 3) поражением мелких мозговых сосудов
  - 4) повышением свертываемости крови
  - 5) нарушение кардиальной гемодинамики
88. Решающим условием адекватного коллатерального кровообращения головного мозга является состояние
- 1) тонуса и реактивности сосудов
  - 2) реологических свойств крови
  - 3) свертывающей–противосвертывающей системы крови
  - 4) архитектоники артериального круга большого мозга (Виллизиева круга)
  - 5) системной и центральной гемодинамики
89. Антикоагулянты при декомпенсации дисциркуляторной энцефалопатии назначаются, если у больного
- 1) атеросклероз
  - 2) артериальная гипертензия
  - 3) высокий гематокрит
  - 4) повторные ишемические атаки и/или постоянная форма мерцательной аритмии
  - 5) сахарный диабет
90. Для антиагрегантной терапии дисциркуляторной энцефалопатии на фоне атеросклероза применяют
- 1) винпоцетин (кавинтон)
  - 2) дигидроэрготоксин (редергин)
  - 3) токоферола ацетат (витамин Е)
  - 4) ацетилсалициловая кислота (аспирин)
  - 5) пентоксифиллин (трентал)
91. Для гипотензивной терапии у больных с дисциркуляторной энцефалопатией не применяют
- 1) ингибиторы АПФ
  - 2) диуретики
  - 3) антагонисты кальция
  - 4) блокаторы  $\beta$ -рецепторов
  - 5) блокаторы  $\alpha$ -рецепторов
92. К этиотропной терапии атеросклеротической энцефалопатии относится назначение
- 1) антигипертензивных препаратов
  - 2) вазоактивных средств
  - 3) антиагрегантов
  - 4) антиоксидантов
  - 5) препаратов, нормализующих липидный обмен
93. Фармакотерапия больных с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения проводится с целью
- 1) предупреждения кардиоцеребрального синдрома

- 2) улучшения церебральной гемодинамики и метаболизма мозга
  - 3) регресса очаговой церебральной симптоматики
  - 4) регресса общемозговой симптоматики
  - 5) регресса общемозговой и очаговой церебральной симптоматики
94. Симптоматику ишемии в бассейне внутренней сонной артерии от ишемии в вертебробазилярном бассейне отличает
- 1) двоение в глазах
  - 2) альтернирующие синдромы
  - 3) двусторонние парезы
  - 4) атаксия
  - 5) оптико-гемиплегический синдром
95. Главная причина церебральной ишемии при остром инфаркте миокарда с нарушением ритма (кардиоцеребральный синдром) –
- 1) повышение вязкости крови
  - 2) повышение активности свертывающей системы
  - 3) ухудшение реологических свойств крови
  - 4) снижение системного перфузионного давления
  - 5) повышение агрегации форменных элементов крови
96. Для фармакотерапии преходящих нарушений мозгового кровообращения на почве спазма мозговых артерий предпочтительнее назначить
- A. антиоксиданты
  - B.  $\alpha$ -адренергические блокаторы
  - C.  $\beta$ -адренергические блокаторы
  - D. антагонисты кальция
  - E. препараты ксантинового ряда (эуфиллин, трентал)
- 1) AB 2) AE 3) BC 4) BD 5) CD
97. К развитию тромбоза мозговых артерий приводит
- A. повышение вязкости крови
  - B. повышение агрегации тромбоцитов
  - C. повышение коагуляционной активности крови
  - D. повышение фибриногена плазмы
  - E. повышение внутриклеточного кальция
- 1) ABC 2) ADE 3) ABE 4) CDE 5) BDE
98. Нетромботический ишемический инсульт возникает в результате
- A. спазма артерий
  - B. мозговой сосудистой недостаточности при недостаточном притоке крови
  - C. артерио-артериальной микроэмболии
  - D. кардиогенной эмболии
  - E. патологической извитости сосудов
- 1) ABC 2) ABD 3) BCD 4) CDE 5) ABE
99. Для эмболии мозговых артерий характерно
- 1) постепенное развитие очаговой неврологической симптоматики
  - 2) внезапное развитие очаговой симптоматики
  - 3) отек диска зрительного нерва на стороне эмболии
  - 4) наличие общемозговой симптоматики

- 5) атактический гемипарез
100. Тромбоз основной (базиллярной) артерии не проявляется
- 1) преимущественным поражением варолиева моста
  - 2) корковой слепотой
  - 3) вегетативно-висцеральными кризами
  - 4) транзиторными ишемическими атаками
  - 5) судорогами
101. Антикоагулянты при ишемическом инсульте не противопоказаны при
- 1) артериальном давлении выше 200/100 мм.рт.ст.
  - 2) заболеваниях печени
  - 3) язвенной болезни желудка
  - 4) почечнокаменной болезни
  - 5) сахарном диабете
102. Антикоагулянтная терапия при ишемическом инсульте применяется для коррекции
- 1) метаболического ацидоза
  - 2) гиперфибриногенемии
  - 3) гиперпротеинемии
  - 4) гиперлипидемии
  - 5) гиперцистеинемии
103. При гипертоническом кровоизлиянии в мозг применение антифибринолитиков (эпсилон-аминокапроновой кислоты и др.) не показано, поскольку
- 1) высок риск повышения артериального давления
  - 2) возможно значительное повышение внутричерепного давления
  - 3) кровоизлияние уже завершилось
  - 4) возможно усиление менингеального синдрома
  - 5) возможен обморок или судороги
104. Для дегидратирующей терапии гипертонического кровоизлияния в мозг при артериальном давлении 230/130 мм.рт.ст. и осмолярности крови выше 300 мосм/л следует выбрать
- 1) мочевины
  - 2) стероиды
  - 3) маннитол
  - 4) лазикс
  - 5) хлорид аммония
105. При субарахноидальном кровоизлиянии у больного с выраженным атеросклерозом не применяют
- 1) анальгетики
  - 2) антифибринолитики
  - 3) дегидратационные препараты
  - 4) спазмолитики
  - 5) антигипертензивные средства
106. Для инструментальной диагностики спонтанного субарахноидального кровоизлияния абсолютно необходимы данные

- 1) ангиографии
- 2) рэоэнцефалографии
- 3) ультразвуковой доплерографии
- 4) КТ или МРТ
- 5) радионуклидной сцинтиграфии

107. Немодифицируемые факторы риска развития инсульта

- A. возраст
- B. пол
- C. инсульт в анамнезе
- D. ожирение
- E. алкогольная зависимость

1) ABC 2) ABD 3) ABE 4) CDE 5) ACE

108. Риск развития инфаркта мозга повышают

- A. гиперурикемия
- B. гипертиреоз
- C. ТИА в анамнезе
- D. бессимптомный каротидный стеноз
- E. изъязвленные бляшки

1) ABC 2) ACD 3) ABE 4) CDE 5) ACE

109. Наиболее эффективный путь снижения риска развития инсульта – контроль артериальной гипертензии. Выбор препарата зависит от

- A. степени артериальной гипертензии
- B. социально-демографических факторов
- C. наличия или отсутствия поражения органов-мишеней
- D. семейного анамнеза
- E. инсульта в анамнезе

1. ABC 2) ACD 3) ABE 4) CDE 5) ACE

110. Инсульт – частая причина неврологической симптоматики, вызванной церебральной ишемией или кровоизлиянием вследствие патологии церебральных кровеносных сосудов. Современные определения инсульта предполагают

- A. наличие симптоматики длительностью более 24 ч.
- B. наличие острого повреждения вещества мозга по данным методов нейровизуализации у пациентов с продолжительностью симптоматики менее 24 ч.
- C. преходящее нарушение мозгового кровообращения симптомы, которого сохраняются в течение 1 нед.
- D. развитие церебральных инфарктов даже при быстром регрессе клинических симптомов
- E. преобладание длительностью менее суток общемозговых симптомов над очаговыми или даже отсутствие последних, с обязательным повышением АД

1) ABC 2) ACD 3) ABD 4) CDE 5) ACE

111. При инфаркте мозга диагностическую значимость имеют методы исследования

- A. КТ
- B. дуплексная сонография
- C. МРТ (диффузионно-взвешенная)

- D. Ангиография  
E. МРА (магнитно-резонансная ангиография)  
1) ABC 2) ACD 3) ABD 4) CDE 5) ACE
112. Механизмы, посредством которых алкоголь может увеличивать риск развития инсульта  
A. артериальная гипертензия  
B. нарушение ритма сердца  
C. снижение церебрального кровотока  
D. гиперкоагуляционное состояние  
E. артериосклеротическая энцефалопатия  
1) ABCE 2) ACDE 3) ABCD 4) CDE 5) ACE
113. Больным с хронической недостаточностью мозгового кровоснабжения мозга не проводится терапия, направленная на улучшение  
1) церебральной гемодинамики  
2) метаболизма мозга  
3) ликвороциркуляции  
4) микроциркуляции  
5) реологических свойств крови
114. Какой из препаратов обладает антиагрегантными свойствами, блокируя циклооксигеназу  
1) ацетилсалициловая кислота  
2) дипиридамол (курантил)  
3) клопидогрель  
4) тиклопидин  
5) сульфат магния
115. К этиотропной терапии атеросклеротической энцефалопатии не относится назначение  
1) антигипертензивных препаратов  
2) антиагрегантов  
3) антиоксидантов  
4) препаратов, нормализующих липидный обмен  
5) гормонотерапия
116. Какой препарат относится к группе ингибиторов АПФ  
1) нифедипин  
2) эгилок  
3) теветен (эпросартан)  
4) эналаприл  
5) Плавикс
117. Тромболизис при закупорке сосудов мозга целесообразен в случае  
1) молодого возраста больного  
2) продолжительности закупорки менее 6 ч  
3) отсутствия анурии  
4) геморрагического синдрома  
5) умеренного изолированного неврологического дефицита
118. Для какого вида субарахноидального кровоизлияния характерно развитие



артериального спазма

- 1) гипертонического
- 2) атеросклеротического
- 3) аневризматического
- 4) травматического
- 5) паренхиматозного

119. Какой из перечисленных препаратов применяется для уменьшения спастичности в парализованных конечностях после инсульта

- 1) пирацетам
- 2) мидокалм
- 3) гепарин
- 4) детралекс
- 5) циннаризин

120. Тактика при кровоизлиянии в мозжечок с развитием обструктивной гидроцефалии

- 1) дегидратационная терапия
- 2) использование гемостатических препаратов
- 3) декомпрессия задней черепной ямки с удалением гематомы
- 4) использование ноотропных препаратов
- 5) люмбальная пункция

121. Какой из перечисленных препаратов относится к низкомолекулярным гепаринам

- 1) фраксипарин
- 2) гепарин
- 3) фенилин
- 4) тиклопидин
- 5) олигогепарин

122. Для диагностики патологической извитости позвоночных артерий применяют

- 1) реоэнцефалографию
- 2) ультразвуковую доплерографию
- 3) ангиографию
- 4) компьютерную томографию
- 5) МРТ

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

- 1) ангиографии
- 2) реоэнцефалографии
- 3) ультразвуковой доплерографии
- 4) компьютерной томографии
- 5) сцинтиграфии

124. Самым частым соматическим осложнением инсульта является

- 1) инфекция мочеполовых путей
- 2) декомпенсация сердечной деятельности
- 3) пневмония
- 4) нарушение сердечного ритма

5) тромбоз глубоких вен голени

125. Наиболее эффективным в лечении диссеминированного внутрисосудистого свертывания является

- хлористый кальций и викасол
- эпсилонаминокапроновая кислота
- дицинон (этамзилат)
- гепарин с замороженной плазмой
- магнезия сернокислая

126. У больного с инсультом для снижения артериального давления не рекомендовано назначать

- 1) каптоприл
- 2) нифидепин
- 3) анаприлин
- 4) магнезия сернокислая
- 5) дибазол

127. Противопоказанием к назначению гепарина является

- 1) глубокая кома
- 2) сахарный диабет
- 3) судороги
- 4) заболевания печени
- 5) вазодилатация желудочков

128. Антикоагулянты не применяют при

- 1) атеротромботическом инсульте
- 2) кардиоэмболическом инсульте
- 3) гемодинамическом инсульте
- 4) лакунарном инсульте
- 5) геморрагическом инсульте

129. Абсолютным противопоказанием к назначению ингибиторов АПФ является

- 1) бронхиальная астма
- 2) сахарный диабет
- 3) сердечная недостаточность
- 4) гиперкалиемия
- 5) дислипидемия

130. К статинам относятся

- 1) клофибрат
- 2) эндурацин
- 3) пробукол
- 4) квестран
- 5) мевакор

131. Для коррекции легких когнитивных нарушений сосудистой этиологии препаратом выбора является

- 1) церебролизин
- 2) актовегин
- 3) мемантин

- 4) проноран
- 5) галантамин

132. Для лечения легких дементных нарушений сосудистого генеза препаратом выбора является

- 1) цераксон
- 2) ноопепт
- 3) экселон
- 4) кортексин
- 5) танакан

2. Заболевания периферической нервной системы, мышц и нервно-мышечной передачи.

133. К компрессионно-ишемическим поражениям относятся

- 1) вестибуломожечковый синдром
- 2) альтернирующий синдром
- 3) бульбарный синдром
- 4) синдром запястного канала
- 5) синдром чужой руки

134. Поражение какого черепного нерва может сопровождаться приступами тонических сокращений мимической мускулатуры, слезотечением, гиперселевацией, назореей

- 1) тройничного нерва
- 2) лицевого нерва
- 3) глазодвигательного нерва
- 4) слухового нерва
- 5) зрительного нерва

135. Какой симптом возникает при поражении задних корешков спинного мозга

- 1) менингеальный
- 2) Мацкевича
- 3) Россолимо
- 4) Жуковского
- 5) Оппенгейма

136. Выберите симптом периферического паралича

- 1) патологические стопные рефлекссы
- 2) фибрилляции
- 3) повышение глубоких рефлекссов
- 4) аддукторные симптомы
- 5) патологические синкинезии

137. Прозопалгия – это

- 1) боль в области лица
- 2) боль в области поясницы
- 3) боли при определенной позе
- 4) боли в конечностях
- 5) боли в шейном отделе

138. Первыми симптомами полиневропатии являются

- 1) позитивные сенсорные симптомы (парестезии в области стоп и кончиков

пальцев)

- 2) негативные сенсорные симптомы (онемение и снижение чувствительности),
- 3) болевой симптом
- 4) двигательные нарушения
- 5) снижение тонуса в конечностях

139. Наличие полиневропатий помогает подтвердить

- 1) ЭНМГ
- 2) МРТ
- 3) УЗДГ
- 4) Контрастная рентгенография
- 5) КТ

140. Симптомокомплекс, включающий офтальмоплегию, атаксию и арефлексию, характерен для

- 1) синдрома Гийена—Барре.
- 2) болезни Шарко—Мари—Тута
- 3) синдрома Фишера
- 4) хронической воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии
- 5) мультифокальной двигательной невропатии с блоками проведения

141. Паранеопластические невропатии это

- 1) состояния при опосредованном влиянии злокачественных опухолей
- 2) состояния при опосредованном влиянии инфекций
- 3) состояния при опосредованном влиянии токсических веществ
- 4) состояния при опосредованном влиянии соматических заболеваний
- 5) состояния при опосредованном влиянии доброкачественных опухолей

142. Состав ликвора при демиелинизирующей полиневропатии

- 1) белково-клеточная диссоциация
- 2) повышение уровня глюкозы
- 3) повышение нейтрофилов
- 4) уровень белка в пределах нормы
- 5) клеточно-белковая диссоциация

143. При пояснично-крестцовом радикулите могут быть положительными симптомы все, кроме

- 1) симптома Ласега
- 2) симптома Нери
- 3) симптома Дежерина
- 4) симптома посадки
- 5) симптома Бехтерева-Мари-Фуа

144. Синдром узла коленца (с.Ханта) проявляется всем, кроме

1. боли в области уха
2. нарушение чувствительности языка
3. боли в затылке лице и шее
4. головокружение
5. снижение глоточного рефлекса

145. Невралгия тройничного нерва сопровождается всем, кроме

- 1) приступообразные боли «боли, бьющие током»
  - 2) рефлекторные сокращения мимической и жевательной мускулатуры
  - 3) слезотечением
  - 4) повышение слюноотделения
  - 5) постоянные острые боли
146. Невралгия языкоглоточного нерва сопровождается всем, кроме
- 1) болевые пароксизмы в корне языка
  - 2) болевые пароксизмы в области миндалин
  - 3) сухость в горле
  - 4) гиперсоливатация
  - 5) двусторонние боли
147. Для неврита подкрыльцового нерва характерно все, кроме
- 1) невозможность поднять руку до горизонтального уровня
  - 2) атрофия дельтовидной мышцы
  - 3) разболтанность в плечевом суставе
  - 4) нарушение чувствительности по внутренней поверхности верхней три плеча
  - 5) нарушение чувствительности по наружной поверхности верхней три плеча
148. Для синдрома компрессии локтевого нерва характерно все, кроме
- 1) боли и парестезии в локтевой половине кисти
  - 2) боли и парестезии в IV-V пальцах
  - 3) гипотрофия и слабость межкостных мышц
  - 4) гипотрофия и слабость мышц, приводящих I и V палец кисти
  - 5) снижение болевой и температурной чувствительности в первых трех пальцах кисти
149. Для алкогольной полиневропатии характерно все, кроме
- 1) поражение преимущественно разгибателей стопы
  - 2) повышение сухожильных и периостальных рефлексов
  - 3) мышечная гипотония
  - 4) расстройства поверхностной чувствительности по типу «перчаток и носков»
  - 5) болей по типу «прострела»
150. К токсическим полинейропатиям не относится
- 1) алкогольная
  - 2) лекарственная
  - 3) мышьяковая
  - 4) диабетическая
  - 5) ртутная
151. К наследственным полинейропатиям относится
- 1) спинальная амиотрофия Верднига-Гофмана
  - 2) невральная амиотрофия Шарко-Мари
  - 3) диабетическая полинейропатия
  - 4) хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия
  - 5) синдром Гийена-Барре
152. К клиническим проявлениям компрессии корешка L5 при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника относятся
- 1) боль по наружной поверхности ноги, парез разгибателей I пальца стопы
  - 2) боль по передней поверхности бедра

- 3) снижение ахиллова рефлекса
- 4) снижение коленного рефлекса
- 5) гипестезия в паховой области

153. К клиническим проявлениям компрессии корешка SI при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника относятся
- 1) отсутствие ахиллова рефлекса, гипестезия задненаружной поверхности ноги, наружного края стопы
  - 2) нарушения функции тазовых органов по периферическому типу
  - 3) снижение коленного рефлекса, болезненность по медиальной поверхности голени
  - 4) болезненность и гипестезия в паховой области
  - 5) периферические парезы мышц бедра
154. Какие из перечисленных симптомов не являются симптомами натяжения?
- 1) симптом Нери
  - 2) симптом Бабинского
  - 3) симптом Дежерина
  - 4) симптом Мацкевича
  - 5) симптом Вассермана
155. К симптомам натяжения седалищного нерва не относится
- 1) симптом Ласега
  - 2) симптом Нери
  - 3) симптом Бонне
  - 4) симптом посадки
  - 5) симптом Мацкевича
156. Для лечения алкогольной полинейропатии не используется
- 1) прием алкоголя в малых дозах
  - 2) отказ от приема алкоголя
  - 3) анальгетики
  - 4) ЛФК
  - 5) витамины группы В
157. Невралгия тройничного нерва проявляется
- 1) постоянными ноющими болями в половине лица
  - 2) парезом мимической мускулатуры
  - 3) приступами сильной боли в зоне иннервации тройничного нерва
  - 4) контралатеральным гемипарезом
  - 5) приступами интенсивной гемикрании с тошнотой и рвотой
158. Характер боли при невралгии тройничного нерва
- 1) ноющий, постоянный
  - 2) ощущение покалывания
  - 3) жгучий, режущий, простреливающий
  - 4) приступообразное ощущение онемения
  - 5) преходящие парезы мимических мышц
159. Для лечения невралгии тройничного нерва могут использоваться
- 1) противопаркинсонические препараты
  - 2) противоэпилептические препараты
  - 3) антибиотики

- 4) фторхинолоны
- 5) антигистаминные средства

160. К заболеваниям, сопровождающимся нарушением нервно-мышечной передачи, относится

- 1) миопатия
- 2) амиотрофия
- 3) миотония
- 4) миастения
- 5) миозит

161. Феномен патологической мышечной утомляемости и мышечной слабости имеет название

- 1) миопатия
- 2) миотрофия
- 3) миотония
- 4) миастения
- 5) миозит

162. Миастенический синдром обусловлен нарушениями

- 1) проводимости по периферическому нерву
- 2) нервно-мышечной передачи
- 3) функции мотонейронов передних рогов
- 4) в мышечных волокнах первичного характера
- 5) в миелиновой оболочке нерва

163. Причиной миастенического синдрома может быть

- 1) меланома
- 2) туберкулома
- 3) фибромиома
- 4) аденома
- 5) тимомы

164. Для миастенического криза не характерно

- 1) мидриаз
- 2) сухость во рту
- 3) тахикардия
- 4) парез кишечника
- 5) миоз

165. Для холинэргического криза характерно

- 1) сухость во рту
- 2) тахикардия
- 3) мидриаз
- 4) миоз
- 5) парез кишечника

166. При подозрении на миастению проводят

- 1) пробу с прозеринем
- 2) пробу Минора
- 3) пробу с аспирином
- 4) пробу с папаверином

5) пробу Мажора

167. Препаратом выбора для лечения миастении является
- 1) калимин
  - 2) клофеллин
  - 3) кларитин
  - 4) карипазим
  - 5) карнитин
168. Для верификации диагноза миастении поводят
- 1) электронейромиографию
  - 2) электроэнцефалографию
  - 3) электрокардиографию
  - 4) краниографию
  - 5) эхоэнцефалографию
169. Нарушение чувствительности по типу «перчаток и носков» соответствует
1. корешковому типу
  2. полиневритическому типу
  3. спинально-проводниковому типу
  4. церебрально-проводниковому типу
  5. сегментарно-диссоциированному типу
170. Для лечения невралгии тройничного нерва может использоваться
- 1) финлепсин
  - 2) фтивазид
  - 3) финоптин
  - 4) ферроплекс
  - 5) габапентин
171. В лечении полинейропатий не используется
- 1) лечение основного заболевания
  - 2) терапия глюкокортикоидами
  - 3) трентал
  - 4) бетасерк
  - 5) массаж
172. Для лечения диабетической полинейропатии не используется
- 1) коррекция углеводного обмена
  - 2) альфа-липоевая кислота
  - 3) никотиновая кислота
  - 4) витамины группы В
  - 5) карипазим
173. При поражении лицевого нерва до отхождения большого поверхностного каменистого нерва наблюдается
- 1) прозопарез, сухость глаза, гиперракузия, снижение вкуса
  - 2) прозопарез, слезотечение, гиперракузия, снижение вкуса
  - 3) прозопарез, слезотечение, снижение вкуса
  - 4) прозопарез, слезотечение



- 5) прозопарез, сходящееся косоглазие
174. При поражении лицевого нерва ниже отхождения большого поверхностного каменистого нерва, но выше отхождения стременного нерва наблюдается
- 1) прозопарез, сухость глаза, гиперракузия, снижение вкуса
  - 2) прозопарез, слезотечение, гиперракузия, снижение вкуса
  - 3) прозопарез, слезотечение, снижение вкуса
  - 4) прозопарез, слезотечение
  - 5) прозопарез, сходящееся косоглазие
175. При поражении лицевого нерва ниже отхождения стременного нерва, но выше отхождения барабанной струны наблюдается
- 1) прозопарез, сухость глаза, гиперракузия, снижение вкуса
  - 2) прозопарез, слезотечение, гиперракузия, снижение вкуса
  - 3) прозопарез, слезотечение, снижение вкуса
  - 4) прозопарез, слезотечение
  - 5) прозопарез, сходящееся косоглазие
176. Прозерин является
- 1) ингибитором ангиотензин-превращающего фермента
  - 2) ингибитором холинэстеразы
  - 3) ингибитором обратного захвата серотонина
  - 4) ингибитором протонной помпы
  - 5) ингибитором фосфодиэстеразы
177. В лечении больных с синдромом Гийена-Барре НЕ используется
- 1) плазмаферез
  - 2) ИВЛ
  - 3) витамины группы В
  - 4) прозерин
  - 5) баклофен
178. Для невралгии лицевого нерва характерно
- 1) симптом Бернара - Горнера
  - 2) симптом Белла
  - 3) сходящееся косоглазие
  - 4) симптом Бехтерева
  - 5) симптом Бабинского
179. Для невралгии лицевого нерва не характерно
- 1) лагофтальм
  - 2) диплопия
  - 3) снижение надбровного рефлекса
  - 4) гиперракузия
  - 5) слезотечение
180. Для невралгии лицевого нерва не характерно
- 1) боли в заушной области
  - 2) снижение вкуса на передних 2/3 языка
  - 3) птоз
  - 4) снижение коренального рефлекса
  - 5) вытекание жидкой пищи из угла рта

181. Для лечения невралгии лицевого нерва используют
- 1) преднизолон
  - 2) финлепсин
  - 3) тегретол
  - 4) карбамазепин
  - 5) прегабалин
182. Осложнением невралгии лицевого нерва является
- 1) опухоль мостомозжечкового угла
  - 2) инсульт
  - 3) контрактура мимической мускулатуры
  - 4) невралгия тройничного нерва
  - 5) снижение слуха
183. Для верхней плечевой плексопатии характерно
- 1) невозможность отведения руки в плечевом суставе и сгибания предплечья
  - 2) невозможность сгибания кисти и разгибания предплечья
  - 3) паралич мышц кисти
  - 4) гипестезия кисти
  - 5) снижение трицепсального рефлекса
184. Для нижней плечевой плексопатии характерно
- 1) невозможность отведения руки в плечевом суставе
  - 2) невозможность сгибания в локтевом суставе
  - 3) паралич мышц кисти и гипестезия кисти
  - 4) гипестезия надплечий в виде «капюшона»
  - 5) гипестезия наружной поверхности плеча
185. Для невралгии лучевого нерва не характерно
- 1) свисающая кисть
  - 2) невозможность отведения I пальца
  - 3) анестезия I, II, частично III пальцев кисти
  - 4) анестезия IV, V, частично III пальцев кисти
  - 5) невозможность разгибания предплечья
186. Для невралгии лучевого нерва не характерно
- 1) слабость разгибателей кисти и предплечья
  - 2) "когтистая" кисть
  - 3) невозможность супинации предплечья
  - 4) снижение трицепсального рефлекса
  - 5) снижение карпорадиального рефлекса
187. Для невралгии локтевого нерва не характерно
- 1) невозможность сгибания, отведения и приведения IV, V пальцев кисти
  - 2) анестезия I, II, частично III пальцев кисти
  - 3) анестезия IV, V, частично III пальцев кисти
  - 4) "когтистая" кисть
  - 5) атрофия межкостных, червеобразных мышц, тенара и гипотенара
188. Для невралгии срединного нерва не характерно
- 1) нарушение сгибания I, II, III пальцев

- 2) атрофия тенара, кисть напоминает "обезьянью лапу"
  - 3) "когтистая" кисть
  - 4) анестезия ладонной поверхности I, II, III частично IV пальцев
  - 5) нарушение противопоставления I пальца
189. Для невропатии малоберцового нерва не характерно
- 1) парез разгибателей стопы
  - 2) невозможность встать на пятки
  - 3) невозможность встать на носки
  - 4) анестезия наружной поверхности голени и тыла стопы
  - 5) петушиная походка, степпаж
190. Для невропатии большеберцового нерва не характерно
- 1) парез сгибателей стопы
  - 2) невозможность встать на пятки
  - 3) невозможность встать на носки
  - 4) отсутствие ахиллова рефлекса
  - 5) анестезия задней поверхности голени, наружного края стопы, подошвы
191. Причиной полинейропатии не является
- 1) дифтерия
  - 2) алкоголизм
  - 3) сахарный диабет
  - 4) инсульт
  - 5) прием цитостатиков
192. Классификация полинейропатий по этиологии не включает в себя
- 1) инфекционные полинейропатии
  - 2) токсические полинейропатии
  - 3) соматогенные полинейропатии
  - 4) наследственные полинейропатии
  - 5) демиелинизирующие полинейропатии
193. Для полинейропатии не характерно
- 1) нарушение чувствительность по моновнергическому типу
  - 2) тетрапарезы
  - 3) снижение рефлексов
  - 4) гипотрофия мышц
  - 5) вегетативные расстройства
194. Для полинейропатии не характерно
- 1) степпаж
  - 2) снижение рефлексов
  - 3) гипотрофия мышц
  - 4) изменения при электромиографии
  - 5) патологические стопные знаки
195. Для полинейропатии не характерно
- 1) нарушение чувствительности по полиневритическому типу
  - 2) отсутствие мышечно-суставного чувства в пальцах стоп
  - 3) боль
  - 4) гемианестезия

- 5) парестезии
196. Для дифтерийной полинейропатии не характерно
- 1) носовой оттенок голоса
  - 2) расстройство глотания
  - 3) симптом Маринеску-Радовичи
  - 4) вялый парез дистальных отделов конечностей
  - 5) отсутствие небного и глоточного рефлексов.
197. Для дифтерийной полинейропатии не характерно
- 1) анестезия по полиневритическому типу
  - 2) развитие через 1-2 года после дифтерии
  - 3) развитие на 1-2 неделе заболевания
  - 4) поражение бульбарной группы черепных нервов
  - 5) вялый парез в дистальных отделах конечностей
198. Для верификации диагноза наследственной полиневропатии используют
- 1) магнитно-резонансную томографию позвоночника
  - 2) магнитно-резонансную томографию головы
  - 3) электронейромиографию
  - 4) реовазографию
  - 5) электроэнцефалографию
199. Развитие парезов при мышечных дистрофиях обусловлено нарушениями
- 1) проводимости по периферическому нерву
  - 2) нервно-мышечной передачи
  - 3) функции мотонейронов передних рогов
  - 4) в миелиновой оболочке нерва
  - 5) в мышечных волокнах первичного характера
200. Развитие парезов при наследственной невропатии обусловлено нарушениями
- 1) проводимости по центральному мотонейрону
  - 2) нервно-мышечной передачи
  - 3) функции мотонейронов передних рогов
  - 4) функции мотонейронов коры головного мозга
  - 5) проводимости по периферическому нерву
201. Для наследственной невропатии характерно наличие
- 1) спастических парезов
  - 2) нарушений чувствительности по мононевритическому типу
  - 3) нарушений чувствительности по корешковому типу
  - 4) нарушений чувствительности по полиневритическому типу
  - 5) нарушений мочеиспускания
202. Для синдрома Гийена-Барре не характерно:
- 1) центральные парезы конечностей
  - 2) распространение парезов с нижних конечностей на верхние
  - 3) белково-клеточная диссоциация в ликворе
  - 4) парестезии в конечностях
  - 5) развитие дыхательной недостаточности
203. Препарат выбора для купирования холинергического криза

- 1) атропин
- 2) прозерин
- 3) наком
- 4) анаприлин
- 5) адреналин

204. К препаратам, противопоказанным при миастении относится

- 1) прозерин
- 2) калимин
- 3) преднизолон
- 4) верошпирон
- 5) панангин

205. Для миастенического криза не характерно наличие

- 1) дыхательных нарушений
- 2) фасцикуляций
- 3) тахикардии
- 4) мидриаз
- 5) задержка мочеиспускания

206. Препараты, не используемые при миастеническом кризе

- 1) преднизолон
- 2) иммуноглобулины
- 3) нейролептики
- 4) атропин
- 5) цитостатики

207. Синдром Ламберта-Итона является

- 1) миопатическим
- 2) миотоническим
- 3) экстрапиримидным
- 4) миастеническим
- 5) корешковым

3. Вегетативные и нейроэндокринные расстройства.

208. К надсегментарному аппарату вегетативной нервной системы относятся

- 1) вегетативные ядра III, VII, X, IX черепных нервов
- 2) боковые рога спинного мозга C8-L2, S3-S5
- 3) пограничный симпатический ствол
- 4) лимбикоретикулярный комплекс
- 5) превертебральные сплетения внутренних органов

209. К сегментарному аппарату вегетативной нервной системы относятся

- 1) вегетативные ядра III, VII, X, IX черепных нервов и боковые рога спинного мозга C8-L2, S3-S5
- 2) ретикулярная формация
- 3) базальные ганглии
- 4) гипоталамус
- 5) лимбическая система

210. К сегментарному аппарату симпатической нервной системы относится

- 1) вегетативные ядра III, VII, IX, X черепных нервов
- 2) боковые рога спинного мозга сегментов C8-L2
- 3) серое вещество сегментов S3-S5 спинного мозга
- 4) гипоталамус
- 5) лимбико-ретикулярный комплекс

211. Сегментарный аппарат симпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов на уровне сегментов

- 1) C5-C8
- 2) T1-T8
- 3) C8-L2
- 4) L2-S5
- 5) C3-T4

212. К сегментарному аппарату парасимпатической нервной системы относятся

- 1) вегетативные ядра III, VII, IX, X черепных нервов
- 2) боковые рога спинного мозга сегментов C8-L2
- 3) лимбическая система
- 4) гипоталамус
- 5) ретикулярная формация

213. Спинальный сегментарный аппарат парасимпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов на уровне сегментов

- 1) C2-C5
- 2) C6-T2
- 3) T5-T8
- 4) S2-S4
- 5) L2-S5

214. Лимбическая система включает

- 1) висцеральные ядра *n. oculomotorii, n. vagus*
- 2) гиппокамп
- 3) сенсорные мотонейроны
- 4) симпатический ствол
- 5) интрамуральные сплетения внутренних органов

215. Лимбическая система участвует в регуляции

1. желез внутренней секреции
2. интеллектуально-мнестической сферы
3. мочеиспускания
4. цикла сна и бодрствования
5. эмоциональной реактивности

216. К гипоталамической области принадлежит

1. зубчатое ядро
2. супраоптическое ядро
3. хвостатое ядро
4. ядро шатра
5. бледный шар

217. Гипоталамическая область участвует

1. в регуляции цикла сон-бодрствование
2. в регуляции и координации мышечного тонуса
3. в формировании чувствительных нарушений
4. в формировании двигательных нарушений
5. в регуляции ритма сердца

218. Синдром поражения структур симпатической иннервации глаза называется

1. синдром Аргайль-Робертсона
2. метаморфопсия
3. синдром Клода Бернара-Горнера
4. синдром Белла
5. лагофтальм

219. Нейроны, осуществляющие парасимпатическую иннервацию глаз расположены

1. в ядрах Якубовича и Перлиа III пары черепных нервов
2. в боковых рогах спинного мозга сегментов C8-D2
3. в боковых рогах сегментов D12-L2
4. в верхнем шейном ганглии
5. в коре головного мозга

220. Постоянные боли в подчелюстной области и языке, периодически обостряющиеся с усилением слюноотделения, с иррадиацией в нижнюю челюсть верхнюю губу, висок характерны для поражения

1. ушного узла
2. подчелюстного и подъязычного узлов
3. цилиарного узла
4. крылонебного узла
5. звездчатого узла

221. Поражение крылонебного узла не проявляется

1. гиперсекрецией и гиперемией слизистой оболочки носовой полости
2. слезотечением
3. слюноотделением
4. парезом мимической мускулатуры
5. приступообразными болями в области корня носа, иррадирующими в глазное яблоко, слуховой проход, затылок, шею

222. При поражении диэнцефальной области возникает

1. внутренняя офтальмоплегия
2. симптом Аргайля-Робертсона
3. спастическая тетраплегия
4. гипоталамический синдром
5. полиневритическое расстройство чувствительности

223. При дисфункции лимбико – гипоталамических отделов мозга наблюдается нарушение мочеиспускания в виде

1. императивных позывов
2. парадоксальной ишурии
3. истинного недержания мочи с сохранным тонусом детрузора

4. истинного недержания мочи с атонией детрузора
5. ночного недержания мочи, дневного парциального упускания мочи

224. К первичным надсегментарным вегетативным нарушениям относится

1. мигрень
2. неврастения
3. невроз
4. психовегетативный синдром
5. синингомиелия

225. Вазомоторная реакция на штриховое раздражение кожи

1. гиперемия
2. дермографизм
3. парестезия
4. пиломоторный рефлекс
5. синдром Рейно

226. Центр симпатической иннервации глаз

1. ядра Якубовича и Перлиа III пары черепных нервов
2. боковые рога спинного мозга сегментов C8-D2
3. цилиарный и ресничный ганглии
4. боковые рога сегментов D12-L2
5. ретикулярная формация

227. При раздражении структур симпатической иннервации глаза наблюдаются

1. экзофтальм, расширение глазной щели, мидриаз
2. птоз, миоз, энофтальм
3. отсутствие фотореакции, сохранение конвергенции, аккомодации
4. сходящееся косоглазие
5. двоение предметов перед глазами

228. Нарушение симпатической иннервации глаза свойственно для поражения

1. верхних грудных узлов
2. верхнего шейного узла
3. крылонебного узла
4. звездчатого узла
5. периферических мотонейронов

229. При поражении структур симпатической иннервации глаза наблюдаются

1. птоз, миоз, энофтальм
2. мидриаз, парез аккомодации, нет реакции зрачков на свет
3. сходящееся косоглазие
4. двоение предметов перед глазами
5. расходящееся косоглазие

230. Синдром Клода Бернара-Горнера возникает

1. при поражении структур симпатической иннервации глаза
2. при раздражении структур симпатической иннервации глаза
3. при поражении структур парасимпатической иннервации глаза
4. при поражении лимбикоретикулярного комплекса
5. при нейросифилисе



231. При поражении структур парасимпатической иннервации глаза наблюдаются

1. птоз, миоз, энофтальм
2. мидриаз, парез аккомодации, отсутствие реакции зрачков на свет
3. сходящееся косоглазие
4. двоение предметов перед глазами
5. отсутствие фотореакции, сохранение конвергенции, аккомодации

232. Нарушение кожно-вегетативной иннервации нижней части туловища, ног и вегетативно-висцеральные расстройства органов брюшной полости характерны для поражения

1. звездчатого узла
2. верхних грудных узлов
3. нижне-грудных и поясничных узлов
4. крылонебного узла
5. цилиарного узла

233. Поражение периферической вегетативной нервной системы проявляется

1. периферической вегетативной недостаточностью
2. нарушением терморегуляции
3. нейроэндокринными метаболическими расстройствами
4. кластерной головной болью
5. психовегетативным синдромом

234. Заболевание, характеризующееся невритом лицевого нерва, отеком лица и складчатый язык

- 1) ангионевротический отек
- 2) болезнь Меньера
- 3) невралгия языкоглоточного нерва
- 4) паралич Белла
- 5) синдром Россолимо-Мелькерсона- Розенталя

235. Нарушение, при котором во сне происходит непроизвольное выделение мочи, и больной не просыпается от позывов к мочеиспусканию

- 1) парадоксальная ишурия
- 2) парциальное упускание мочи
- 3) поллакиурия
- 4) странгурия
- 5) энурез

236. Для купирования приступа мигрени используют

- 1) холинолитики
- 2) триптаны
- 3) антигистаминные препараты
- 4)  $\beta$ -адреноблокаторы
- 5) бензодиазепины

237. Рекомендации по эффективному лечению мигрени не предполагают

1. поведенческую терапию
2. соблюдение режима труда и отдыха
3. соблюдение режима сна, включая дневной

4. ограничение приема алкоголя
5. намеренный прием кофе, крепкого чая

238. К гипоталамическим синдромам относится

1. аменорея
2. гипотиреоз
3. головная боль
4. панические атаки
5. симпатоадреналовый криз

239. Для болезни Рейно характерно

1. ангиоспазм
2. правосторонний гемипарез и гемигипостезия
3. побледнение и похолодание пальцев рук и ног с болью
4. судороги в руках и нога
5. «сумочные» парестезии

240. Для лечения болезни Рейно в первых стадиях заболевания необходимо назначать

- 1) анальгетики
- 2) адренолитические и сосудорасширяющие средства
- 3) антидепрессанты
- 4) антиконвульсанты
- 5) антипиретики

241. Парасомнии включают

- 1) бессонница
- 2) быстрый сон
- 3) медленный сон
- 4) сноговорение
- 5) сонные апноэ

242. Какую функцию не выполняет вегетативная нервная система

- 1) регуляция всех видов обмена
- 2) регуляция трофики тканей, потоотделения, роста ногтей и волос
- 3) регуляция мышечного тонуса, позы и окраски движений
- 4) регуляция ритмичности течения всех биологических процессов
- 5) регуляция уровня потребления жидкости и пищи

243. Выберите правильное утверждение

- 1) вегетативные нервные волокна толще соматических. Они проводят возбуждение со скоростью 100 м/с, тогда как скорость проведения возбуждения соматических волокон 0,5 м/с
- 2) постганглионарные вегетативные волокна имеют миелиновую оболочку
- 3) по вегетативным нервным волокнам возбуждение проводится в двух направлениях (центробежном и центростремительном)
- 4) вегетативные нервные волокна не имеют связей между собой и с соматической нервной системой
- 5) ВНС не участвует в стресс-реакции организма

244. Что относится к надсегментарному уровню регуляции вегетативных функций

- 1) кора головного мозга, ретикулярная формация, гипоталамическая область
- 2) кранио-бульбарный отдел (ядра III, VII, IX, X пар ЧМН)
- 3) клеточные группы серого вещества спинного мозга на уровне S<sub>II-V</sub>
- 4) только кора головного мозга
- 5) превертебральные и интрамуральные сплетения внутренних органов

245. Чем представлена симпатическая нервная система

- 1) боковые рога C<sub>VIII</sub> – L<sub>II</sub> сегменты, пограничный симпатический ствол, превертебральные и интрамуральные сплетения внутренних органов
- 2) кранио-бульбарный отдел ВНС (ядра III, VII, IX, X пар ЧМН)
- 3) кора головного мозга, ретикулярная формация, гипоталамическая область
- 4) сакральный отдел ВНС (клеточные группы серого вещества спинного мозга на уровне S<sub>II-IV</sub>)
- 5) стриарная и паллидарная системы

246. При выпадении парасимпатической иннервации глаза развивается

- 1) синдром Клода Бернара-Горнера
- 2) симптом Аргайля-Робертсона
- 3) выпадение полей зрения – скотомы, гемианопсии зрительные галлюцинации
- 4) диплопия, расходящееся косоглазие
- 5) положительная прозеринавая проба

247. При выпадении симпатической иннервации глаза развивается

- 1) синдром Клода Бернара-Горнера
- 2) симптом Аргайля-Робертсона
- 3) выпадение полей зрения – скотомы, гемианопсии зрительные галлюцинации
- 4) диплопия, расходящееся косоглазие
- 5) положительная прозеринавая проба

248. К нарушениям мочеиспускания по центральному типу относится всё, кроме

- 1) острая задержка мочи
- 2) императивные позывы на мочеиспускание
- 3) периодическое недержание мочи
- 4) церебральный незаторможенный мочевого пузыря
- 5) истинное недержание мочи

249. Парадоксальная ишурия – это

- 1) выделение мочи по мере поступления в мочевого пузыря вследствие пареза всех мышц мочевого пузыря
- 2) выделение мочи по каплям при переполненном мочевом пузыре вследствие механического растяжения сокращенных сфинктеров при параличе мышц детрузора
- 3) внезапные непреодолимые позывы на мочеиспускание с последующим недержанием мочи
- 4) отсутствие мочеиспускания при переполненном мочевом пузыре
- 5) периодическое произвольное выделение мочи без предшествующего позыва рефлекторно при небольшом наполнении мочевого пузыря

250. К первичным надсегментарным вегетативным нарушениям относится всё, кроме

- 1) мигрень
- 2) нейрогенные обмороки

- 3) болезнь Рейно
- 4) вегетативные расстройства при неврозах
- 5) эритромелалгия

251. К первичным сочетанным надсегментарным и сегментарным вегетативным нарушениям относится всё, кроме

- 1) идиопатическая прогрессирующая вегетативная недостаточность
- 2) вегетативные расстройства при сочетании соматических и психических расстройств
- 3) множественная системная атрофия и прогрессирующая вегетативная недостаточность
- 4) паркинсонизм и прогрессирующая вегетативная недостаточность
- 5) семейная дизавтономия (Райли-Дея)

252. К этиологическим факторам вегетативных нарушений не относятся

- 1) конституциональные особенности и психические нарушения
- 2) изменение психофизиологического состояния и соматические заболевания
- 3) возрастные эндокринные перестройки и эндокринные заболевания
- 4) заболевания нервной системы и профессиональные заболевания
- 5) особые пищевые привычки и переедание

253. Кардиоваскулярные нарушения в рамках психовегетативного синдрома не могут проявляться

- 1) изменением сердечного ритма (синусовая тахикардия или брадикардия, наджелудочковая пароксизмальная тахикардия, наджелудочковая экстрасистолия)
- 2) лабильностью артериального давления
- 3) болями в области сердца, связанными с физической нагрузкой, иррадиирующими в левую руку, в зубы и нижнюю челюсть, уменьшающимися после приема нитроглицерина
- 4) кардиалгическим синдромом в виде болей ноющего, колющего, покалывающего, давящего, жгучего, сжимающего, пульсирующего характера
- 5) вазомоторными реакциями (цианоз, бледность, гиперемия кожных покровов, приливы, зябкость кистей, стоп)

254. Дыхательные нарушения в рамках психовегетативного синдрома не могут проявляться как

- 1) нехватка воздуха, неудовлетворенность вдохом
- 2) экспираторная одышка, дыхание Чейна-Стокса
- 3) затрудненный вдох, ощущение заложенности в грудной клетке
- 4) периодические глубокие вдохи, приступы непродуктивного кашля
- 5) зевота, сопение

255. Нарушение терморегуляции в рамках психовегетативного синдрома не может выражаться как

- 1) гипотермия
- 2) постоянный субфебрилитет
- 3) гектическая лихорадка
- 4) ознобopodobный гиперкинез
- 5) синдром ознобления

256. Что из перечисленного нельзя отнести к ангиотрофалгическим синдромам

- 1) рефлекторная симпатическая дистрофия
- 2) каузалгия
- 3) комплексный региональный болевой синдром III типа
- 4) синдром Рейно
- 5) эритромелалгия

257. Вегетативные нарушения при поражении периферических нервов характеризуются

- 1) нарушением всех видов чувствительности в зоне иннервации пораженного периферического нерва
- 2) интенсивными «простреливающими» болями и (или) парестезиями в зоне иннервации пораженного периферического нерва, положительными симптомами натяжения
- 3) жгучим оттенком боли с наличием гиперпатии, вазомоторными нарушениями, нарушением трофики кожи в зоне иннервации соответствующих периферических нервов
- 4) нарушением болевой и температурной чувствительности при сохранении тактильной и глубокой в зоне иннервации соответствующих периферических нервов
- 5) нарушением тактильной и глубокой чувствительности при сохранении болевой и температурной в зоне иннервации соответствующих периферических нервов

258. Белый дермографизм указывает на

- 1) повышение тонуса симпатической нервной системы
- 2) развитие приступа эпилепсии в ближайшее время
- 3) повышение тонуса парасимпатической нервной системы
- 4) повышенную возбудимость соматической нервной системы
- 5) наличие изолированных тревожных расстройств у человека

259. Выберите неправильное утверждение

- 1) экзогенная инсомния может быть связана с внешним шумом, изменением графика работы, приемом алкоголя или лекарственных средств
- 2) психофизиологическая инсомния – состояние, возникающее после эмоционального стресса, но сохраняющееся даже после разрешения стрессовой ситуации
- 3) идиопатическая инсомния – редкое заболевание, начинается в детстве и сохраняется в течение всей жизни
- 4) идиопатическая инсомния характеризуется отсутствием ночного сна, коротким сном несколько раз в неделю и хорошим самочувствием
- 5) синдром беспокойных ног - состояние, характеризующееся неприятными ощущениями в нижних конечностях, которые появляются в покое (чаще в вечернее и ночное время) и вынуждают больного совершать облегчающие их движения и часто приводят к нарушению сна

260. Какой тип апноэ во сне вероятнее всего будет выявлен у мужчины с избыточной массой тела, короткой массивной шеей, хроническим ринитом, искривлением носовой перегородки и гипотиреозом

- 1) центральный тип
- 2) аллергический тип

- 3) эндогенный тип
- 4) рефлекторный тип
- 5) обструктивный тип

261. Катаплексия – это

- 1) повышенная дневная сонливость, частые кратковременные дневные засыпания
- 2) внезапная потеря мышечного тонуса на фоне сохранного сознания, провоцирующаяся эмоциональной реакцией или неожиданным стимулом
- 3) снопоподобные видения в момент засыпания
- 4) патологически длительное сохранение приданной позы («восковая гибкость»)
- 5) спутанность, неустойчивость, дискоординация при утреннем пробуждении

262. Типичная мигренозная боль

- 1) имеет односторонний характер сторона боли от приступа к приступу может меняться
- 2) незначительная, редко имеет пульсирующий характер
- 3) локализуется в теменно-затылочной области, усиливается при переходе в горизонтальное положение
- 4) всегда сопровождается рвотой и профузным потоотделением
- 5) купируется самостоятельно в течение 1 часа

263. Для пациентов с функциональными расстройствами сердечнососудистой системы не характерны жалобы на

- 1) боли в области сердца
- 2) сердцебиение
- 3) жжение за грудиной во время ходьбы, возникающее после физической нагрузки и проходящее в покое
- 4) бессонницу
- 5) чувство нехватки воздуха

264. На ЭКГ при функциональных расстройствах сердечно-сосудистой системы часто регистрируются следующие изменения

- 1) подъем сегмента ST
- 2) блокада левой ножки пучка Гиса
- 3) инверсия зубца T
- 4) высокий зубец P во II-III стандартных отведениях
- 5) отсутствие зубца P

265. У пациента имеются жалобы на похолодание рук, головные боли, ноющие боли в области сердца. Наиболее информативным диагностическим методом исследования является

- 1) ЭКГ-проба с физической нагрузкой
- 2) исследование ФВД
- 3) клинический и биохимический анализы крови
- 4) рентгенография органов грудной клетки
- 5) КТ средостения

266. Характерными клинико-электрокардиографическими признаками вегетативной дистонии являются

- 1) наличие связи болевого синдрома с изменениями конечной части желудочкового комплекса на ЭКГ
- 2) инверсия зубца Т в нескольких грудных отведениях
- 3) отрицательная ЭКГ-проба с  $\beta$ -блокаторами
- 4) патологический зубец Q
- 5) депрессия сегмента ST во II, III, AVF

267. Показания для назначения психотропных препаратов у больных вегетативной дистонией

- 1) просьба пациента о назначении данных препаратов
- 2) наличие панических атак и тревожных расстройств
- 3) наличие суицидальных мыслей и действий
- 4) наличие судорожных припадков
- 5) недавно возникшая смутная симптоматика

268. Препараты какой группы показаны 30-летней пациентке с тревожно-депрессивными расстройствами, у которой в течение последних 3 лет основной жалобой являются ноющие боли в области сердца длительного характера, не связанные с физической нагрузкой

- 1) органические нитраты
- 2) бета-адреноблокаторы
- 3) блокаторы кальциевых каналов
- 4) НПВС
- 5) СИОЗС

269. Одним из патогенетических механизмов развития симптомов вегетативной дисфункции служит избыточная продукция

- 1) катехоламинов
- 2) стероидных гормонов
- 3) кининов
- 4) эстрогенов
- 5) глюкозы

270. В кардиологическое отделение поступил пациент, 48 лет, с жалобами на ноющие боли в левой половине грудной клетки, появляющиеся при физической нагрузке, иногда в покое, длительностью 10-15 мин, проходящие самостоятельно. В течение последнего года отметил ухудшение переносимости физических нагрузок, повышенную утомляемость, головные боли, головокружения, бессонницу, непереносимость алкоголя. При осмотре - кожные покровы лица гиперемированы, ладони влажные, больной повышенного питания. ЧСС - 100 в минуту. АД - 180/100 мм рт.ст. На ЭКГ - синусовая тахикардия, нормальное положение электрической оси сердца, слабоотрицательный зубец Т в отведениях V5-V6. Какое назначение лечащего врача будет неверным?

- 1) бета-адреноблокаторы
- 2) нитраты
- 3) проведение ЭхоКГ
- 4) проведение нагрузочной пробы после нормализации АД
- 5) анксиолитики с седативным эффектом при бессоннице

271. В международных руководствах, посвященных диагностике цефалгий, постулируется

- 1) дополнительные методы не являются обязательными в диагностике первичных форм цефалгий
- 2) дополнительные методы являются обязательными в диагностике первичных форм цефалгий
- 3) в диагностике первичных форм цефалгий является обязательным превентивное лечение
- 4) первичные цефалгии всегда сопровождаются рвотой и профузным потоотделением
- 5) первичные цефалгии переносятся удовлетворительно и купируется самостоятельно в течение 1 часа

#### 4. Психоневрология, соматоневрология.

272. К невротическим расстройствам относится

1. амнестический синдром
2. диссоциативно-конверсионное расстройство
3. когнитивный диссонанс
4. синдром дефицита внимания и гиперактивности
5. фрустрация

273. Мизофобия-это

1. навязчивые идеи загрязнения
2. навязчивые действия
3. навязчивые мысли
4. навязчивые сомнения
5. контрастные навязчивости

274. Дифференцировать истерический паралич от истинного позволяет проба

1. на апраксию
2. на тонкую моторику
3. с надавливанием на глазные яблоки
4. с давлением на сонную артерию
5. постуральная

275. Сенсбилизация к внешним раздражителям характерна для

1. астазии-абазии
2. астенического расстройства
3. гипервентиляционного расстройства
4. реактивной депрессии
5. сурдомутизма

276. Феномен пассивного сопротивления можно увидеть при

1. компульсиях
2. конверсии
3. obsessions
4. панической атаке
5. фобиях



277. Желание не подчиняться императивному пробуждению возникает при
1. компульсии
  2. конверсии
  3. навязчивых мыслях
  4. пароксизмальных состояниях
  5. панической атаке
278. Гипотетическая тревога и избегательное поведение наиболее вероятны при
1. астенических расстройств
  2. атипичном аффективном синдроме
  3. вегетативной дисфункции
  4. витальной депрессии
  5. тревожно- фобических расстройствах
279. Ритуалы наиболее характерны для
1. астенических расстройств
  2. диссоциативно-конверсионных расстройств
  3. обсессивно-компульсивных расстройств
  4. соматоформных расстройств
  5. тревожно-фобических расстройств
280. Первичные компульсивные движения
1. обусловлены синдромом гиперактивности
  2. индуцируют двигательную расторможенность
  3. никогда не поддаются контролю
  4. могут быть прерваны и затем не возобновляются
  5. лишены когнитивной составляющей
281. К особенностям поведения лиц с конверсионными расстройствами не относится
1. демонстративность
  2. динамичность и изменчивость в поведении
  3. экспрессивность поведения
  4. элементы манипулирования окружающими
  5. мизофобия
282. Истерические дуги, феномен пассивного сопротивления, реакция зрачков на свет характеризуют
1. астенические расстройства
  2. конверсионные расстройства
  3. обсессивно-компульсивные расстройства
  4. тревожно-фобические расстройства
  5. генерализованное тревожное расстройство
283. Для синкопального вертебрального синдрома характерна зависимость клиники от
1. когнитивных способностей
  2. положения головы
  3. метеоусловий
  4. возраста
  5. уровня артериального давления

284. Действия различной степени сложности, которые больной совершает на фоне утраченного или сумеречно суженного сознания называются

1. Тики
2. Миоклонии
3. Автоматизмы
4. Асинергия
5. Атетоидные движения

285. Препараты, используемые для патогенетического лечения пароксизмальных состояний.

1. антиконвульсанты
2. ангиагреганты
3. тромболитики
4. гипотензивные
5. аналептики

286. Для дифференциального диагноза фебрильных судорог и проявлений нейроинфекций необходимо проведение

1. люмбальной пункции
2. ЭЭГ – исследования
3. Эхо ЭГ
4. дуплексного исследования сосудов шеи
5. ангиографии

287. Фактор риска, детерминирующий повторное развитие фебрильных судорог

1. наследственная отягощенность по фебрильным судорогам и эпилепсии
2. отсутствие неврологической патологии
3. тяжелый инфекционный процесс в первый эпизод
4. последующее лечение антиконвульсантами
5. профилактический прием антипиретиков в последующие эпизоды

288. У детей чаще, чем у взрослых встречаются пароксизмальные состояния

1. вегетативные
2. двигательные
3. диссомнические
4. психические
5. сенсорные

289. Повторное непроизвольное мочеиспускание во сне –

1. императивные позывы
2. истинное недержание
3. недержание вследствие нейрогенного мочевого пузыря
4. стрессовое недержание мочи
5. энурез

290. Пароксизмальные состояния наиболее распространены среди

1. детей младшего возраста

2. людей трудоспособного возраста
3. пожилых людей
4. беременных
5. спортсменов

291. Синкопальные состояния наиболее характерны для

1. новорожденных детей
2. детей младшего возраста
3. детей дошкольного возраста
4. подростков и взрослых
5. одинаково встречаются во всех возрастах

292. Чаще всего причиной миастенического криза является

1. опухоль гипофиза
2. опухоль тимуса
3. надпочечниковая недостаточность
4. опухоль надпочечников
5. сахарный диабет

293. При мигрени наиболее часто встречается аура

1. сенсорная
2. двигательная
3. слуховая
4. зрительная
5. комбинированная

294. Объективным критерием дифференциальной диагностики эпилептических и псевдоэпилептических приступов может служить

1. ЭЭГ-картина во время приступа
2. уровень пролактина и креатинкиназы после приступа
3. выставленный диагноз эпилепсии
4. одиночные сходные приступы в анамнезе
5. данные психиатрического обследования

295. Первая помощь при синкопальных состояниях включает в первую очередь

1. транспортную иммобилизацию и фиксацию больного
2. обеспечение доступа свежего воздуха и приподнимание ног выше уровня головы
3. введение седативных и нейролептических препаратов
4. проведение реанимационных мероприятий
5. немедленную госпитализацию в стационар без оказания помощи на месте

296. Для синкопального вертебрального синдрома характерна зависимость клиники от

1. когнитивных способностей
2. положения головы
3. метеоусловий
4. возраста
5. уровня артериального давления

297. Действия различной степени сложности, которые больной совершает на фоне утраченного или сумеречно суженного сознания называются

1. Тики
2. Миоклонии
3. Автоматизмы
4. Асинергия
5. Атетоидные движения

298. Модель социальной обусловленности здоровья, разработанная ВОЗ, предполагает, что здоровье населения зависит от факторов внутренней среды человека и наследственности в среднем на

1. 100 %
2. 50 %
3. 25%
4. 15 %
5. зависимости нет

299. Предварительный диагноз заболевания нервной системы устанавливается в течение

1. 1-ых суток
2. 2-х суток
3. 3-х суток
4. 4-х суток
5. 5-суток

300. При направлении больных в центры реабилитации листок нетрудоспособности может выдаваться

1. на весь срок реабилитации
2. на 10 дней
3. на 20 дней
4. на 30 дней
5. на срок проезда до места реабилитации

301. К категории высокого риска развития цереброваскулярных заболеваний относят следующие диспансерные группы

1. группа А
2. группа Б
3. группа В
4. группа А и Б
5. группа Б и В



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Саратовский государственный медицинский университет имени В.И.  
Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России)**

**Приложение № 2**

**КОМПЛЕКТ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ  
ПРОМЕЖУТОЧНОГО КОНТРОЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ  
ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ**

**ДИСЦИПЛИНА  
НЕВРОЛОГИЯ  
СПЕЦИАЛЬНОСТЬ  
31.08.47 РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ**

Квалификация  
Врач-рефлексотерапевт  
Форма обучения  
**ОЧНАЯ**

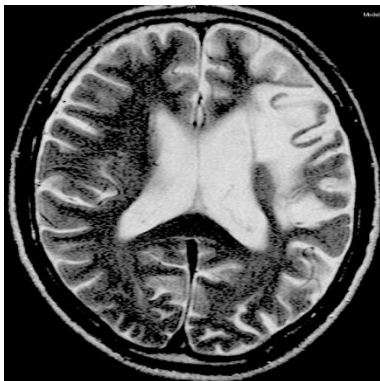
Саратов

## 1. Сосудистые заболевания нервной системы.

### ЗАДАЧА № 1.

Больной М., 62 лет, госпитализирован в стационар в экстренном порядке с жалобами на слабость и онемение в правых конечностях, нарушение речи. В течение 12 лет страдает артериальной гипертензией, гипотензивные препараты принимает нерегулярно. В утренние часы отметил общую слабость, при попытке встать с постели упал из-за слабости в правых конечностях. Через некоторое время появилось онемение правых конечностей, нарушение речи. При измерении АД зафиксированы цифры 180/110 мм. рт. ст.

Состояние средней степени тяжести. АД = 170/100 мм. рт. ст. ЧСС = 78 в 1 мин., ЧДД = 17 в 1 мин. Кожные покровы бледные. Тоны сердца приглушены, ритмичные. В сознании, контакт затруднен из-за речевых нарушений: обращенную речь понимает, слова произносит неразборчиво, меняет буквы в словах. Сглажена правая носогубная складка, опущен правый угол рта. Девиация языка вправо. Правосторонняя гемигипестезия. Движения ограничены в правых конечностях. Мышечная сила снижена в правых конечностях до 3 баллов, в левых - 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы D>S. Симптом Бабинского, Жуковского (+) справа. Менингеальный синдром в виде вязкости мышц затылка, симптома Кернига справа.



### ВОПРОСЫ:

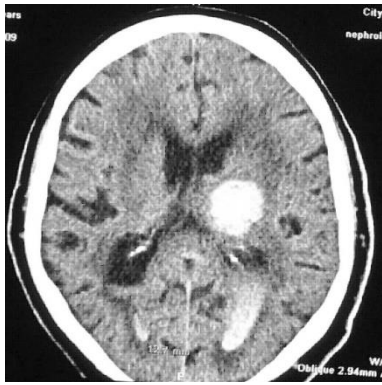
1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Интерпретируйте данные МРТ головного мозга.
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Наметьте план дальнейшего обследования.
6. Определите тактику ведения пациента.

### ЗАДАЧА № 2.

Больная О. 47 лет госпитализирована в неврологическое отделение по экстренным показаниям в бессознательном состоянии. Со слов мужа больная страдает артериальной гипертензией в течении 5 лет, гипотензивные препараты регулярно не принимает. Во время уборки дома внезапно упала, потеряла сознание.

Состояние тяжелое. Лицо гиперемировано. АД 240/120 мм.рт.ст., ЧСС 104, ЧДД 20, температура тела – 38,2°. Тоны сердца приглушены, ритмичные, больная избыточного питания. Сознание угнетено до степени сопора. На окрик пытается открыть глаза, реагирует на болевые раздражители отдергиванием конечностей. Зрачки расширены, реакция на свет сохранена. Сглажена левая носогубная складка, опущен левый угол рта, левая щека «парусит» при дыхании. Активных движений в конечностях нет, поднятые руки и ноги падают как плети, слева быстрее. Мышечный тонус в конечностях повышен по пирамидному типу, больше слева. Сухожильные и периостальные рефлексы S>D. Патологический симптом Бабинского слева. Левая стопа ротирована кнаружи. Менингеальный синдром в виде ригидности мышц затылка, двустороннего симптома Кернига.

ОАК: Нв-132 г/л, Л-10,2, СОЭ-22 мм/ч. Ликвор: вытекает под высоким давлением, интенсивно окрашен кровью, реакция Панди ++, белок - 0,66 г/л, цитоз- 60 в 1 мкл, эритроциты - 1300000 в 1 мкл. Глазное дно: гипертоническая ангиопатия, очаги кровоизлияния на сетчатке. ЭКГ: гипертрофия левого желудочка, тахикардия.



### ВОПРОСЫ:

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Интерпретируйте данные МРТ головного мозга.
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Наметьте план дальнейшего обследования.
6. Определите тактику ведения пациентки.

### ЗАДАЧА № 3.

Больной Д. 30 лет госпитализирован в неврологическое отделение по экстренным показаниям. Со слов коллег по работе после психоэмоционального перенапряжения внезапно появилась интенсивная головная боль, отмечалась рвота, затем развился эпилептический припадок. При осмотре отмечается психомоторное возбуждение, больной пытается встать, стонет, держится руками за голову. Кожные покровы гиперемированы, АД 170/100 мм.рт.ст., ЧСС 96, ЧДД 19, температура тела-37,9.

Со стороны черепных нервов патологии не выявлено. Достоверных расстройств чувствительности не выявлено. Парезов, параличей нет. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, без достоверной разницы сторон. Менингеальный синдром в виде выраженной ригидности затылочных мышц, симптомы Брудзинского (верхний, средний и нижний), симптом Кернига с 2х сторон.

Ликвор: красный, вытекает под высоким давлением, эритроциты -3000 в 1 мкл, цитоз - 28 в 1 мкл, белок - 0,90 г/л, реакция Панди ++. После проведенной спинномозговой пункции состояние больного несколько улучшилось.



### ВОПРОСЫ:

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Интерпретируйте данные МРТ головного мозга.
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Наметьте план дальнейшего обследования.
6. Определите тактику ведения пациента.

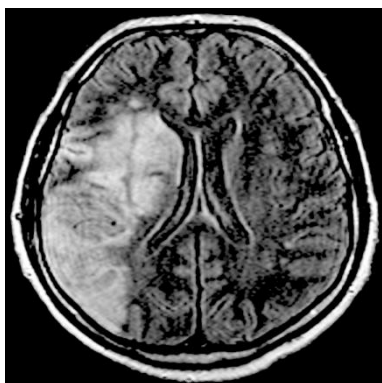
### ЗАДАЧА № 4.

Больная К. 66 лет, госпитализирована в неврологическое отделение по экстренным показаниям с жалобами на внезапно возникшее онемение и слабость в левых конечностях, нарушение зрения, асимметрию лица.

Из анамнеза известно, что в течение 14 лет страдает ИБС, стенокардией напряжения, артериальной гипертензией.

Общее состояние относительно удовлетворительное, АД 140/90 мм.рт.ст., ЧСС 77, ЧДД 18, тоны сердца приглушены, ритмичные. В сознании, контактна, несколько вялая, адинамичная, быстро истощается. Левосторонняя гомонимная гемианопсия. Центральный парез лицевого и подъязычного нервов слева. Левосторонняя гемигипестезия. Левосторонний гемипарез со снижением силы до 3 баллов и повышением рефлексов. Патологический симптом Бабинского слева. Менингеальные симптомы отрицательные.

ОАК и ОАМ: без особенностей. Ликвор: бесцветный, прозрачный, реакция Панди +, белок - 0,33 г\л, цитоз - 3 в мкл.



#### ВОПРОСЫ:

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Интерпретируйте данные МРТ головного мозга.
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Наметьте план дальнейшего обследования.
6. Определите тактику ведения.

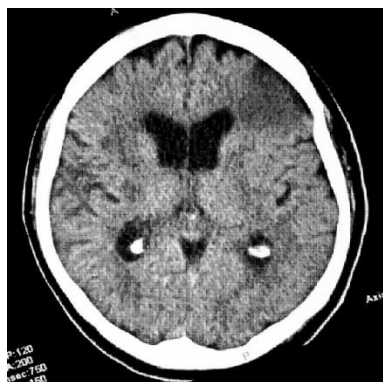
#### ЗАДАЧА № 5.

Больной П. 54 лет поступил с жалобами на внезапно возникшую слабость в правой ноге. Накануне вечером отмечалась слабость в ноге, которая продолжалась несколько минут, затем исчезла. Доставлен МСП в неврологическое отделение. Из анамнеза известно, что страдает ревматизмом, артериальной гипертензией.

Состояние относительно удовлетворительное. АД 160/90 мм. рт. ст. ЧСС 66, ЧДД 17, тоны сердца приглушены, мерцательная аритмия.

Сознание ясное, контактен. Со стороны черепных нервов патологии не выявлено. Гипестезия правой нижней конечности. Движения ограничены в правой ноге. Мышечная сила снижена в правой ноге до 2 баллов. Мышечный тонус повышен по пирамидному типу в правой ноге. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук средней живости, без достоверной разницы сторон, с ног S<D. Патологический симптом Бабинского справа. Менингеальные симптомы отрицательные.

ОАК и ОАМ: без особенностей. ЭХО-ЭС: смещения срединных структур нет.



#### ВОПРОСЫ:

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Интерпретируйте данные МРТ головного мозга.
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Наметьте план дальнейшего обследования.
6. Определите тактику ведения пациента.

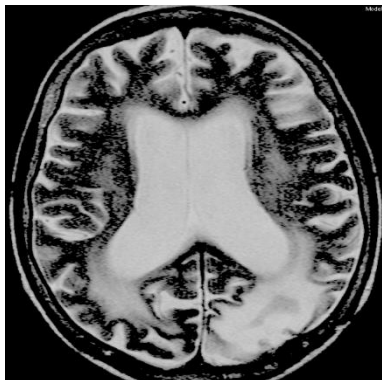
#### ЗАДАЧА № 6.

Больной Е., 68 лет предъявляет жалобы на остро возникшее нарушение зрения (выпадение половины поля зрения справа). Из анамнеза известно, что длительное время страдает сахарным диабетом, артериальной гипертензией. Постоянно получает инсулин. Периодически пациента беспокоит головокружение, головная боль, пошатывание при ходьбе.

Состояние относительно удовлетворительное. АД 150/100 мм.рт.ст. ЧСС 68, ЧДД 16. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Сознание ясное, контактен, затрудняется дать название предметам, может охарактеризовать их. Правосторонняя гомонимная



гемианопсия. Со стороны остальных черепных нервов патологии не выявлено. Гипестезия дистальных отделов конечностей по типу «перчаток» и «носков». Движения в полном объеме. Мышечная сила достаточная. Мышечный тонус не изменен. Сухожильные и периостальные рефлексы снижены, без достоверной разницы сторон. В позе Ромберга пошатывается, координаторные пробы выполняет с легкой интенцией. Менингеальные симптомы отрицательные.



#### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Интерпретируйте данные МРТ головного мозга.
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Наметьте план дальнейшего обследования.
6. Определите тактику ведения пациента.

#### **ЗАДАЧА № 7.**

Мужчина 57 лет доставлен в больницу в связи с развившимися два часа назад нарушениями речи и слабостью в правых конечностях. Три года назад перенёс инфаркт миокарда, в течение последнего года беспокоят приступы стенокардии напряжения. Постоянно принимает аспирин по одной таблетке (100 мг) вечером. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., пульс – 75 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, речь отсутствует, обращенную речь понимает плохо, движения глазных яблок вправо ограничены, парез нижней части мимической мускулатуры справа, при высовывании девиация языка вправо, отсутствуют движения в правых конечностях, справа ослаблены все виды чувствительности, оживление сухожильных рефлексов справа, симптом Бабинского справа.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Наметьте план дальнейшего обследования.
5. Определите тактику ведения пациента.

#### **ЗАДАЧА № 8.**

Женщина 40 лет доставлена в больницу в связи с жалобами на головокружение, тошноту и нарушение глотания, которые возникли днём 2 часа назад. В 30 лет диагностирован ревматический порок сердца, по поводу чего наблюдается у кардиолога. При обследовании: в сознании, в области проекции митрального клапана выслушивается диастолический шум, артериальное давление – 150/100 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: менингеальных знаков нет, птоз, миоз и энтофтальм справа, голос глухой, глотание невозможно, справа свисает дужка мягкого нёба и отсутствует глоточный рефлекс, парезов конечностей нет, болевая и температурная чувствительность снижены на лице справа, на туловище и конечностях – слева, интенционный тремор при выполнении пальценосовой и пяточно-коленной проб в правых конечностях.

### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Наметьте план дальнейшего обследования.
5. Определите тактику лечения.

### **ЗАДАЧА № 9.**

Женщина 55 лет доставлена в больницу в связи с возникшей 4 часа назад слабостью в правой ноге. Год назад перенесла инсульт, сопровождавшийся развитием слабости в левых конечностях, преимущественно в ноге. Сила мышц частично восстановилась. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 75 в минуту, ритм правильный, систолический шум на шее в проекции бифуркации обеих общих сонных артерий. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, насильственный плач, положительные симптомы орального автоматизма, снижение силы до 2-х баллов в правой ноге и до 4-х баллов в правой руке и левой ноге, оживление сухожильных рефлексов, симптом Бабинского с обеих сторон.

### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Наметьте план дальнейшего обследования.
5. Определите тактику лечения.

### **ЗАДАЧА №10.**

Мужчина 65 лет доставлен в больницу в связи с развившейся два часа назад слабостью в правых конечностях. Шесть лет назад перенес инфаркт миокарда, после которого отмечаются приступы стенокардии покоя и напряжения, а также пароксизмы мерцательной аритмии. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 100-140 в минуту, ритм неправильный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, выпадение полей зрения слева, парез нижней части мимической мускулатуры слева, при высовывании девиация языка влево, отсутствие движений в левых конечностях с повышением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов слева, симптом Бабинского слева, утрачены все виды чувствительности на левой половине лица, туловища и в левых конечностях.

### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Наметьте план дальнейшего обследования.
5. Определите тактику лечения.

### **ЗАДАЧА №11.**

Мужчина 60 лет доставлен в больницу в связи со слабостью в левых конечностях, которая возникла внезапно днём. В течение последних 20 лет отмечаются эпизоды повышения артериального давления до 180/110 мм рт.ст., обычные значения артериального давления в последний год – 160/90 мм рт.ст. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление - 200/120 мм рт.ст., пульс – 70 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: менингеальных знаков нет, снижение силы в левых

конечностях до 3-х баллов, чувствительность не изменена, слева рефлексы оживлены и выявляется симптом Бабинского. На третьи сутки с момента заболевания парез полностью регрессировал, компьютерная томография не выявила изменений в головном мозге.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Наметьте план дальнейшего обследования.
5. Определите тактику лечения.

#### **ЗАДАЧА №12.**

Женщина 70 лет предъявляет жалобу на снижение зрения на левый глаз, которое возникло два дня назад. Она обратилась к терапевту по месту жительства и была направлена в стационар. В течение последних 10 лет страдает гипертонической болезнью, стенокардией напряжения. При обследовании: артериальное давление - 180/110 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритмичный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, выпадение левых полей зрения, парезов нет, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Наметьте план дальнейшего обследования.
5. Определите тактику лечения.

#### **ЗАДАЧА №13.**

Женщина 55 лет доставлена в больницу в связи с интенсивной головной болью и слабостью в левых конечностях, которые возникли при уборке квартиры. В течение длительного времени наблюдается кардиологом с диагнозом: «Гипертоническая болезнь». При обследовании: спутанное состояние сознания, гиперемия лица, артериальное давление – 210/120 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный. Неврологический статус: ригидность шейных мышц, выпадение левых полей зрения, парез нижней части мимических мышц слева, отсутствие движений в левых конечностях, оживление сухожильных рефлексов и симптом Бабинского слева, снижение всех видов чувствительности на левой половине лица, туловища и в левых конечностях. В дальнейшем состояние больной ухудшилось, появились сонливость и расходящееся косоглазие.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Как объяснить ухудшение состояния больной?
4. Назовите наиболее информативное дополнительное исследование.
5. Определите тактику лечения.

#### **ЗАДАЧА № 14.**

Мужчина 50 лет доставлен в больницу в связи с интенсивной головной болью, тошнотой и повторными рвотами, которые возникли днём после физической нагрузки. До заболевания считала себя практически здоровым. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 160/100 мм рт.ст., пульс – 70 ударов в минуту, ритм правильный,

светобоязнь, ригидность шейных мышц, парезов и других неврологических нарушений нет.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Наметьте план дальнейшего обследования.
5. Определите тактику лечения.

#### **ЗАДАЧА № 15.**

У больной Г., 55 лет внезапно появилась интенсивная головная боль, шум в голове, мелькание мушек перед глазами, тошнота, однократная рвота, общая слабость. При измерении АД зафиксированы цифры 190\110 мм.рт.ст. Машиной скорой помощи доставлена в клинику через 1 час с момента возникновения заболевания.

Из анамнеза известно, что больная длительное время страдает артериальной гипертензией, гипотензивные препараты принимает нерегулярно.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное, кожные покровы бледные. АД-185/110 мм.рт.ст., ЧСС-72 в минуту, ЧДД 19 в минуту. Границы сердца расширены, тоны приглушены, ритмичные, определяется пастозность голеней. В сознании, нарушена ориентация во времени. Со стороны черепных нервов патологии не выявлено. Достоверных расстройств чувствительности не выявлено. Движения в полном объеме. Мышечная сила достаточная. Мышечный тонус не изменен. Сухожильные и периостальные рефлексы средней живости, без достоверной разницы сторон. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга пошатывается, координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Менингеальные симптомы в виде вязкости мышц затылка, симптом Кернига положительный с 2-х сторон под углом 170 градусов.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Наметьте план дальнейшего обследования.
5. Определите тактику лечения.

#### **ЗАДАЧА №16.**

У больного П., 52 лет утром внезапно появилась слабость в правой руке, речевые нарушения. Данные симптомы сохранялись в течение 1 часа, затем сила в правой руке выросла, речь восстановилась.

Из анамнеза известно, что больной курит в течение 20 лет, страдает атеросклерозом сосудов нижних конечностей, аорты, церебральных, коронарных сосудов.

Осмотрен врачом через 2,5 часа от момента возникновения заболевания. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное, в сознании, со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД 140\100 мм.рт.ст., ЧСС 72 в минуту, ЧДД 18 в минуту. Со стороны черепных нервов патологии не выявлено. Достоверных расстройств чувствительности не выявлено. Движения в полном объеме. Мышечная сила конечностей 5 баллов. Мышечный тонус не изменен. Сухожильные и периостальные рефлексы средней живости, без достоверной разницы сторон. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга устойчив, координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Менингеальные симптомы отрицательные.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. С чем следует дифференцировать это заболевание?
4. Наметьте план дальнейшего обследования.
5. Определите тактику лечения

### **ЗАДАЧА № 17.**

Больной В. 20 лет была вызвана машина скорой помощи в связи с кратковременной потерей сознания. Из анамнеза известно, что девушка, придя домой с работы, где произошел конфликт с сотрудниками, испытывала сильное чувство тревоги. Через некоторое время девушка стала ощущать ползание мурашек по телу, волны жара и холода, присоединилось сердцебиение, чувство нехватки воздуха, головокружение, тошнота. Эти симптомы нарастали в течение 10-15 минут, после чего достигли своего пика, когда девушка почувствовала слабость в ногах и потеряла сознание по типу медленного оседания (со слов очевидцев около 30 сек.). Мама девушки привела ее в чувства (нашатырь, свежий воздух), вызвала МСП.

При осмотре состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Больная ориентируется в пространстве, во времени и в отношении самой себя. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Выраженный акроцианоз, конечности холодные на ощупь. Дыхание везикулярное, ЧДД 22 в 1 мин, тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 86 в мин., АД 90/60 мм.рт.ст. Мочеиспускание не нарушено. Чувствительная и двигательная сферы без патологии. Очаговой симптоматики не выявлено. Менингеальных знаков нет.

На ЭКГ: ритм синусовый, тахикария, умеренный обменный нарушения миокарда

Глюкоза крови- 3,8 ммоль/л

### **ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Каков патогенез данного заболевания.
3. Назначьте план обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте план лечения.

### **ЗАДАЧА № 18.**

Больная, 34 года поступила с жалобами на боли в дистальных отделах ног и рук жгучего характера, возникающие при согревании тела, сопровождающиеся онемением, распираемостью конечностей, покраснением.

Анамнез заболевания: считает себя больной с 20-летнего возраста, когда после родов появились боли и повышенная температурная чувствительность в кистях и стопах. Постепенно боли усилились. Они сопровождались покраснением кожи и гипестезией. Плохо переносила жару. Летом развивались приступы болей в дистальных отделах ног и рук, переходящие в проксимальные отделы, сопровождающиеся покраснением и отеком. При опускании конечностей в прохладную воду боли уменьшались. Частота приступов достигала 5—6 в день, длительность — до получаса. В последние 2-3 года у пациентки развилась общая слабость, появилась плаксивость, плохое настроение, ухудшился сон.

Росла и развивалась соответственно возрасту. Работает бухгалтером. В настоящее время — инвалид 3 группы. Младшая сестра страдает подобным заболеванием.

Неврологический статус: со стороны внутренних органов и областей черепной иннервации отклонений не выявлено. Рефлексы равномерно снижены. Болевая гипестезия по типу перчаток (до средней трети плеча) и носков (до колена) симметрично. При поступлении: руки на ощупь горячие, отечные, гиперемированы в виде разлитых пятен на

уровне кистей и предплечий, стопы пастозны и гиперемированы. На фоне лечения дистальные отделы рук и ног стали бледными, отечность их уменьшилась.

При электронейромиографии установлены нарушения преимущественно проксимальных отделов аксонов (радикулопатия с заинтересованностью спинальных структур, преимущественно моторных, в меньшей степени — сенсорных).

При МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника выявлены дегенеративно-дистрофические изменения, а при МРТ головного мозга — начальные проявления гидроцефалии.

### **ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Объясните патогенез данного заболевания.
3. Назначьте план обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте лечение.

### **ЗАДАЧА №19.**

Больная О., 18 лет обратилась в неврологическое отделение с жалобами на приступы головной боли, возникающие с периодичностью 1 раз в месяц.

Из анамнеза известно, что головные боли беспокоят около 5 лет, когда впервые стали беспокоить приступообразные головные боли. Приступы головной боли возникают 1-2 раза в месяц, по характеру боль пульсирующая и очень интенсивная, начинается в правой височно-теменной области, с иррадиацией в затылочную область. Продолжительность боли до двух суток. Приступы сопровождаются светобоязнью, тошнотой, иногда рвотой, приносящей облегчение, общей слабостью, раздражительным настроением. Больная отмечает, что у нее случались обмороки по типу медленного оседания при резкой смене положения тела, при долгом стоянии в душном помещении. Стояла на «Д»-учете у невролога с диагнозом: ВСД по гипотоническому типу. Последнее ухудшение состояния 3 дня назад, когда после сдачи экзамена ощутила сильную усталость, через некоторое время появились зрительные феномены, в виде движущихся мерцающих точек и светящихся зигзагов, продолжающиеся около 2-3 минут, после чего почувствовала онемение и сильную слабость в нижних конечностях. Свидетели происходящего говорят о потере сознания на несколько минут по типу медленного оседания. После чего появилась сильная головная боль в правой височно-теменной области, с иррадиацией в затылочную область, сопровождавшаяся тошнотой, свето- и фонофобией. Приступ длился около 6 часов, купировался после рвоты и принятия трамадола.

На момент осмотра головная боль не беспокоит. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Чувствительная и двигательная сферы без патологии. Очаговой симптоматики не выявлено.

### **ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Какие методы исследования необходимо провести данной больной
3. Проведите дифференциальную диагностику
4. Поставьте клинический диагноз
5. Назначьте план лечения

### **ЗАДАЧА № 20.**

Больная У. 1935 года рождения госпитализирована в стационар с жалобами на непрерывно-рецидивирующие высыпания на лице и конечностях. Семейный анамнез не отягощен, тяжелые заболевания печени и внутренних органов отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Из анамнеза заболевания установлено, что впервые

высыпания появились на коже левой голени 6 лет назад, а затем распространились на кожу кистей и лица. Дебют заболевания и ухудшение состояния больная связывает с частой травматизацией кожи кистей и стоп при работе на даче во время сезонных работ в период активной инсоляции, в зимний период пациентка отмечает самопроизвольное исчезновение высыпаний. Лечилась у дерматолога по месту жительства с диагнозом «Экзема» с временным улучшением. Последнее обострение началось в августе прошлого года. В анамнезе – оперативное вмешательство по поводу кишечной непроходимости неизвестного генеза (отсутствует медицинская документация) 10 лет назад. В течение последних 5-7 лет наблюдается у гематолога в связи с железодефицитной анемией, в связи с чем неоднократно получала лечение препаратами железа. При поступлении предъявляет жалобы на распространенные высыпания на коже лица и конечностей, легкую ранимость кожи, интенсивный зуд и болезненность в местах высыпаний, возникающие после стрессовых ситуаций боли в конечностях, голове, шее и грудной клетке, потерю чувствительности (наиболее выражена в плечевой и бедренной областях), поносы, тошноту, вздутие живота; сердцебиение.

Моча темно-коричневого цвета.

Лабораторные методы исследования:

биохимический анализ крови:

железо крови – 32,2 мкмоль/л (норма 19,7-29,9), глюкоза крови: 5,0 ммоль/л, общий белок – 70 г/л, билирубин общий – 23,3 ммоль/л, прямой – 1,7 ммоль/л, непрямой – 21,6 ммоль/л, АЛТ – 17 Е/, АсАТ – 17 Е/, мочевины – 6,7 ммоль/л, креатинин – 91 мкмоль/л;

анализ крови на антигены вирусных гепатитов (HbV, HbV, HCV) – отрицательный;

общий анализ мочи без патологических изменений;

исследование кала и крови на паразитарную инвазию – отр.;

РВ – отрицательная;

LE-клетки не обнаружены;

цитологическое исследование мазков-отпечатков на акантолитические клетки Тцанка – отр.

Анализ кала на скрытую кровь – положительный

Определение общих порфиринов и их предшественников в моче:

Содержание общих порфиринов - 1.2 мг/л (норма 0.15 мг/л); ПБГ — 6 мг/л (норма 2 мг/л);

АЛК — 10 мг/л (норма 4.5 мг/л)

## **ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие неврологические нарушения имеются у данной больной?
3. Поражение какого отдела ВНС наблюдается в данном случае?
4. Как классифицируются заболевания вегетативной нервной системы?
5. Назначьте план лечения.

## **ЗАДАЧА № 21.**

Женщина 68 лет доставлена в больницу в связи с возникшей утром, за 2 часа до госпитализации, слабостью в левых конечностях. Из анамнеза известно, что пациентка длительное время страдает стенокардией напряжения. В течение последнего года отмечаются эпизоды повышения артериального давления до 180/100 мм рт. ст. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление 180/100 мм рт. ст., пульс – 80 ударов в минуту, ритм правильный; ослаблена пульсация на общей сонной артерии справа, но усилена пульсация височной артерии. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, слабость нижней части мимической мускулатуры слева, при высовывании язык отклоняется влево, снижение силы в левой руке до 1-го балла, в ноге до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов слева, симптом Бабинского слева.

### **ВОПРОСЫ:**

1. Неврологические синдромы?
2. Топический диагноз?
3. Предварительный клинический диагноз?
4. Как объяснить эпизоды преходящей слепоты на правый глаз?
5. Чем может быть вызвано изменение пульсации сонных артерий?
6. Дополнительные методы обследования?
7. Лечение?

### **ЗАДАЧА № 22.**

Женщина 65 лет доставлена в больницу в связи с внезапно развившейся слабостью в левых конечностях. Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет периодически отмечаются повышения артериального давления до 180/110 мм рт. ст. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 190/115 мм рт. ст., пульс – 80 ударов в минуту, ритм правильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, слабость нижней части мимической мускулатуры слева, снижение силы в левых конечностях до 3-х баллов, оживление сухожильных рефлексов слева, симптом Бабинского слева.

### **ВОПРОСЫ:**

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

### **ЗАДАЧА № 23.**

Женщина 70 лет предъявляет жалобу на «снижение зрения на левый глаз». Эта жалоба возникла два дня назад. Она обратилась к терапевту по месту жительства, и была направлена в стационар. В течение последних 10 лет страдает гипертонической болезнью, стенокардией напряжения. При обследовании: артериальное давление – 180/110 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритмичный. Неврологический статус: менингеальных симптомов нет, выпадение левых полей зрения, парезов нет, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений нет.

### **ВОПРОСЫ:**

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

### **ЗАДАЧА № 24.**

У молодого мужчины 30 лет в кафе остро возникли сильная головная боль, тошнота, рвота, через несколько минут нарушилось сознание. Врачи «скорой медицинской помощи» выявили сопор, артериальное давление – 180/100 мм рт.ст., пульс – 80 ударов в минуту, ритм правильный, ригидность шейных мышц. Парезов и других неврологических нарушений не обнаружено.

### **ВОПРОСЫ:**

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Предполагаемая причина (этиология) заболевания?



#### 4. Врачебная тактика?

#### **ЗАДАЧА № 25.**

У мужчины 70 лет во время работы на даче появились интенсивная головная боль, тошнота и рвота, повысилось артериальное давление до 190/100 мм рт.ст. при обычном 140/90 мм рт.ст. Врачи «скорой медицинской помощи» установили: сознание ясное, артериальное давление – 180/110 мм рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту, ритм правильный, ригидность шейных мышц, парезов и других неврологических нарушений нет. Состояние больного расценено как «гипертонический церебральный криз» и ему предложена госпитализация в терапевтическое отделение многопрофильной больницы.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Неврологические синдромы?
2. Предварительный клинический диагноз? Согласны ли Вы с диагнозом «гипертонический церебральный криз»?
3. Предполагаемая причина (этиология) заболевания?
4. Врачебная тактика?

#### **2. Заболевания периферической нервной системы, мышц и нервно-мышечной передачи.**

#### **ЗАДАЧА № 26.**

Больной В. 43 лет, предъявляет жалобы на боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника справа, с иррадиацией по задненаружной поверхности бедра и голени справа, чувство «ползания мурашек» и онемения в этой области, а также по наружному краю стопы. Боли в спине беспокоят около 2-х лет, периодически усиливаясь или ослабевая. За медицинской помощью ранее не обращался.

Объективно: сознание ясное, менингеальных и патологических симптомов нет. Черепные нервы - без особенностей. Координационных нарушений нет. Походка паретическая. Болезненность при пальпации пояснично-крестцового отдела позвоночника, точек Вале справа, сколиоз поясничного отдела позвоночника с дугой, открытой влево. Умеренный дефанс поясничных и паравертебральных мышц на поясничном уровне. Сухожильные рефлексы с рук живые, с нижних конечностей – слева живые, справа коленный снижен, ахиллов отсутствует. Гипестезия поверхностной и глубокой чувствительности по задненаружной поверхности бедра, голени, наружному краю стопы справа. Положительны симптом Нери, симптом Ласега справа под углом 30°. Легкий парез сгибателей стопы и 1 пальца стопы. Функция тазовых органов не нарушена.

По данным МРТ – дегенеративно-дистрофические изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника. Латеральная правосторонняя грыжа межпозвонкового диска L5-S1 7,5мм с компрессией дурального мешка.

На стимуляционной ЭНМГ: характеристики М-ответа в пределах нормы, F-волна с блокировкой и увеличением латентности по правому большеберцовому нерву. Н-рефлекс справа с низким рекрутированием.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Выделите основные неврологические симптомы и синдромы.
1. Поставьте топический диагноз.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Интерпретируйте данные параклинических методов исследования.
4. Укажите основные принципы лечения данного заболевания.

### **ЗАДАЧА № 27.**

Больной М, 48 лет после подъема тяжести почувствовал хруст и резкую боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, с иррадиацией по задненаружной поверхности бедра и голени с 2-х сторон, невозможность разогнуться. Машиной скорой помощи доставлен в неврологическое отделение.

Объективно: сознание ясное, менингеальных и патологических симптомов нет. Черепные нервы - без особенностей. Самостоятельно передвигаться не может. Выраженная болезненность при пальпации пояснично-крестцового отдела позвоночника, точек Вале, выпрямлен поясничный лордоз. Выраженный дефанс поясничных и паравертебральных мышц на поясничном уровне. Сухожильные рефлексы с рук живые, с нижних конечностей – коленные резко снижены, ахилловы не вызываются. Сила мышц в дистальных отделах нижних конечностей 1-2 балла. Гипестезия болевой чувствительности по задненаружной поверхности бедер, аногенитальной зоны, голени, стоп. Резко положительны симптомы Нери, симптом Ласега под углом 30°. Острая задержка мочи.

По данным: 1) поясничной спондилографии: снижение высоты межпозвонковых дисков L4-L5, L5-S-1; 2) МРТ – дегенеративно-дистрофические изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника. Медианная правосторонняя грыжа диска L3-L4 13,5мм, продолжающаяся в спинномозговой канал на 5мм с компрессией дурального мешка и нарушением ликвородинамики.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Выделите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Поставьте топический диагноз, определите наиболее достоверную причину возникновения заболевания.
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Интерпретируйте данные параклинических методов исследования.
5. Укажите основные принципы лечения заболевания.

### **ЗАДАЧА № 28.**

Больной 25 лет, сотрудник милиции, при задержании преступника получил ножевое ранение левого предплечья. Сразу же заметил слабость IV и V пальцев кисти и онемение по локтевому краю предплечья и кисти. Получал лечение у хирурга. Спустя 4 недели обратил внимание на дряблость мышц левой руки, западение межпальцевых промежутков.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное.

Неврологический статус. Гипестезия всех видов чувствительности по ульнарному краю предплечья, на тыле кисти (IV, V и частично III палец) и на ладонной поверхности (V и часть IV пальца). Выраженный парез сгибателей и разгибателей IV, V и отчасти III пальцев левой кисти, затруднение их приведения, атрофия межкостных мышц («когтистая кисть»). Другой патологии нервной системы не обнаружено.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Выделите основные неврологические симптомокомплексы.
2. Определите топический диагноз.
3. Установите клинический диагноз.
4. Назначьте дополнительные исследования.
5. Назначьте лечение.

### **ЗАДАЧА № 29.**

Больной 55 лет, токарь, предъявляет жалобы на слабость разгибателей кисти и пальцев правой руки, чувство онемения на тыле кисти, преимущественно в области I и II пальцев.

Накануне вечером употреблял алкоголь, как ложился спать, не помнит. Проснувшись утром в неудобном положении, сразу же заметил, что кисть правой руки свисает.

Объективно. Общее состояние относительно удовлетворительное.

Неврологический статус. Грубый парез разгибателей правой кисти и пальцев («висячая кисть»), больной не может отвести большой палец, с трудом разводит остальные пальцы. Нарушение чувствительности четко определяется на тыле кисти (I и II пальцы, частично III палец). Другой патологии нервной системы не обнаружено.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Выделите основные неврологические симптомокомплексы.
2. Определите топический диагноз.
3. Установите клинический диагноз.
4. Назначьте дополнительные исследования.
5. Назначьте лечение.

#### **ЗАДАЧА № 30.**

Больной 52 лет, грузчик, жалуется на чувство жжения и боль распирающего характера в области левой кисти и запястья, затруднение сгибания всей кисти и особенно первых трех пальцев. Отмечает также припухлость в области запястья и похудание мышц левой кисти. Болен в течение нескольких месяцев, усиление неприятных ощущений связывает с физическим перенапряжением.

Объективно. Общее состояние относительно удовлетворительное.

Неврологический статус. Умеренно выраженный парез сгибателей левой кисти и I-III пальцев, гипотрофия мышц тенара, нарушение противопоставления I пальца («обезьянья кисть»). Выраженная гипестезия всех видов чувствительности по лучевому краю ладони в области I-III и половины IV пальца. Небольшая отечность в области левого запястья, усиление болей и парестезий при пальпации запястья. Кожный покров на ладонной поверхности кисти слегка цианотичны, отмечается гиперкератоз и отдельные изъязвления. Другой патологии нервной системы не обнаружено.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Выделите основные неврологические синдромы.
2. Определите топический диагноз.
3. Установите клинический диагноз.
4. Назначьте дополнительные исследования.
5. Назначьте лечение.

#### **ЗАДАЧА № 31.**

Больная девочка родилась от I беременности. Беременность протекала с токсикозом II половины. Роды в срок, отмечалась слабость родовой деятельности. Уже с рождения окружающие обратили внимание на значительное снижение двигательной активности ребенка, низкий мышечный тонус. Двигательные и тонусные расстройства заметно прогрессировали.

У родного дяди пробанда по материнской линии первый сын умер в раннем детстве, а второй является инвалидом по какому-то нервно-мышечному заболеванию. Осмотрена в возрасте 2-х месяцев. Общее состояние тяжелое, мраморный рисунок кожных покровов, общая гипотрофия. В неврологическом статусе ведущим является синдром «вялого ребенка». Симметричный вялый проксимальный тетрапарез, более грубо выраженный в ногах. Мышечный тонус в конечностях снижен до атонии. Ребенок лежит в позе «лягушки». Наблюдается переразгибание в суставах рук и ног. Гипотрофия мышц конечностей и туловища маскируется подкожной жировой клетчаткой. Сухожильные рефлексы снижены. Фасцикулярный тремор пальцев рук. Отсутствует опора на ножки.

Ослаблены безусловные рефлексы. Выражен бульбарный синдром. Другой патологии нервной системы не обнаружено.

ЭМГ: спонтанная мышечная активность в виде потенциалов фасцикуляций; II тип записи по Юсевич, регистрируемый при произвольном мышечном сокращении со всех исследованных мышечных групп, за исключением проксимальных отделов ног, где определяется “биоэлектрическое молчание”. Содержание креатинфосфокиназы в сыворотке крови – 144 ед/л (в норме – 190 ед/л).

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите ведущий неврологический синдром и определите топический диагноз.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Оцените результаты ЭНМГ.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Наметьте план лечения больной.

#### **ЗАДАЧА № 32.**

Пациентка родилась от II беременности, которая протекала с токсикозом II половины, отмечалось слабое шевеление плода. Родоразрешение путем “кесарева сечения” на 2 недели раньше срока по акушерским показаниям. С рождения окружающие обратили внимание на снижение двигательной активности ребенка и низкий мышечный тонус. Девочка значительно отставала в моторном развитии. Сидеть начала после 8-ми месяцев. После 16-ти месяцев начала неуверенно ходить, часто падая. В психо-речевом развитии не отставала от сверстников. Никогда не бегала и не прыгала. Заболевание прогрессировало. После 5-ти лет стали угасать ранее приобретенные двигательные навыки, и больная перестала самостоятельно ходить и вставать. В семье имеется здоровый ребенок.

Осмотрена в возрасте 6-ти лет. Общее состояние средней тяжести, бледность кожных покровов, гипотрофия подкожной жировой клетчатки, астеническое телосложение, со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Ребенок самостоятельно не встает, ходит только с поддержкой. Походка “утиная”. В плечевых и тазобедренных суставах движения совершает “рывком”, поднятые вверх конечности не удерживает. Значительно снижен мышечный тонус. Наблюдается переразгибание в суставах рук и ног. Выражены атрофии мышц конечностей и туловища. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног низкие, коленные - отсутствуют. Фасцикулярный тремор пальцев рук. Фибрилляции в мышцах плечевого пояса. Сколиоз пояснично-грудного отделов позвоночника. Плоско-вальгусная деформация стоп. Атрофия мышц языка и его “беспокойство”. Другой патологии нервной системы не обнаружено.

ЭМГ: спонтанная мышечная активность в виде потенциалов фасцикуляций; преобладает II тип записи по Юсевич при произвольном мышечном сокращении. Уровень креатинфосфокиназы в сыворотке крови – 158 ед/л (в норме – 190 ед/л).

У двоюродной сестры отца пробанда по линии матери дочь и сын страдают аналогичным заболеванием.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите ведущий неврологический синдром и определите топический диагноз.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Оцените результаты ЭНМГ.
4. Наметьте план лечения больной.

#### **ЗАДАЧА № 33.**

Больной 11 лет предъявляет жалобы на слабость в ногах и руках, похудание мышц конечностей и туловища, невозможность ходить. Родился в срок, от первой, нормально

протекавшей беременности. В 6-летнем возрасте изменилась походка: ходил "вперевалочку", быстро уставал и часто падал при ходьбе. В поликлинике описанные изменения расценили как остаточные явления перенесенного полиомиелита. Слабость в ногах постепенно нарастала, появилась атрофия мышц. С 9-летнего возраста мальчик перестал ходить. Аналогичных заболеваний в семье нет.

Объективно: Выраженная атрофия мышц тазового пояса и бедер, атрофия мышц плечевого пояса. Псевдогипертрофия икроножных мышц. Не может стоять и ходить. Садится с посторонней помощью. Активные движения в ногах резко ограничены, в положении лежа может сгибать ноги в коленных суставах, сохранены движения в стопах. Сила снижена до 1-2 баллов. Сила мышц верхних конечностей снижена до 3-4 баллов. Физиологические рефлексы: коленные отсутствуют, ахилловы и с верхних конечностей снижены. Тонус мышц снижен. Деформации суставов ног. Снижен интеллект. Других нарушений со стороны нервной системы нет.

ЭКГ: синусовая тахикардия, в третьем отведении сглажен зубец Т. ЭНМГ: с пораженных мышц регистрируются ПДДЕ сниженной амплитуды. Содержание креатинфосфокиназы в сыворотке крови – 2524 ед/л (в норме – 190 ед/л).

### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите ведущий неврологический синдром и определите топический диагноз.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Оцените роль уровня КФК сыворотки в диагностике заболевания.
4. Определите основные признаки дифференциальной диагностики данного заболевания с полиомиелитом.
5. Наметьте план лечения больного.

### **ЗАДАЧА № 34.**

Больной 6 лет поступил в клинику с жалобами на слабость в ногах, частые падения при ходьбе. Родился от третьей, нормально протекавшей беременности. Ходить стал в 1 год 5 месяцев, ходил плохо, часто падал. В связи с этим родители неоднократно обращались к врачам, которые объясняли нарушение движения вначале рахитом, затем плоскостопием. После лечения ребенок стал ходить увереннее, но падения продолжались. Бегать не научился, по лестнице поднимался с большим трудом. В возрасте 5 лет вновь усилилась слабость в ногах, стал хуже ходить, переваливаясь как утка. Дядя по линии матери и старший брат страдали аналогичным заболеванием, умерли в детстве от пневмонии, старшая сестра здорова.

Объективно: Ходит переваливаясь из стороны в сторону (утиная походка). Часто падает, встает поэтапно при помощи рук. Движения в ногах выполняет с трудом, мышечная сила в ногах снижена до 3-4 баллов. Атрофия мышц тазового пояса и бедер. «Осиная» талия. Икроножные мышцы увеличены в размерах, плотные на ощупь. Коленные рефлексы и рефлексы с верхних конечностей снижены, коленные - не вызываются. Других нарушений со стороны нервной системы нет.

ЭКГ: без особенностей. ЭНМГ: с пораженных мышц регистрируются ПДДЕ сниженной амплитуды. Содержание креатинфосфокиназы в сыворотке крови – 4558 ед/л (в норме – 190 ед/л).

### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите ведущий неврологический синдром и определите топический диагноз.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Оцените роль ЭНМГ в диагностике заболевания.
4. Определите тип наследования заболевания.
5. Наметьте план лечения больного.

### **ЗАДАЧА № 35.**

Больная 31 года поступила в клинику с жалобами на общую мышечную слабость, невозможность сразу разогнуть руку, сжатую в кулак. Иногда больной трудно «разжать зубы». Болезнь началась постепенно, медленно нарастала. Мать уже 10 лет тому назад заметила, что у больной имеется неловкость в кистях, она не может сразу выпустить взятый в руку предмет. 4 года назад мышцы начали слабеть. Изменилась походка. Пациентка не могла больше вставать на носки, иногда во время ходьбы начинала «застревать», не могла начать ходьбу. Мать 62 лет жива, здорова, работает. Отец умер в возрасте 60 лет, пил. У больной имеется младшая сестра 28 лет, страдающая таким же заболеванием.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологии не выявляется. Начинающееся облысение. Бледность кожного покрова, дистальный гипергидроз. Status dysraphicus. Низкое стояние век и малоподвижное выражение лица. Слабость m. orbicularis oculis. Атрофия m.masseter и m.temporalis с обеих сторон. При сильном сжатии зубов появляется напряжение жевательных мышц, исчезающее при повторных сжатиях зубов. Речь монотонная. Язык подвижен, при перкуссии молоточком образуется долго не исчезающая ямка. Контуры грудино-ключично-сосковых мышц сглажены. Атрофия мышц рук, особенно - дистальных отделов предплечий и мелких мышц кистей, в т.ч. мышц тенара и гипотенара. Мышцы проксимальных отделов рук достаточно сильны, к дистальным отделам нарастают парезы. Сухожильные рефлексы на руках низкие. При сжатии кисти в кулак требуется усилие для разгибания пальцев, разгибает их медленно. После нескольких последовательных сжатий кисти в кулак данные движения становятся более быстрыми. При ударе молоточком по мышцам тенара образуется долго сохраняющаяся ямка. Брюшные рефлексы живые. Определяется отчетливое похудание дистальных отделов голени. Имеется слабость тыльных сгибателей стоп. Коленные рефлексы сохранены, ахилловы отсутствуют. При ударе молоточком по малоберцовым мышцам образуется долго сохраняющаяся ямка. Походка носит характер степпажа. Прозериновый тест отрицательный. Другой патологии нервной системы не обнаружено.

### **ВОПРОСЫ:**

1. Какие синдромы можно выделить у данной больной?
2. Сформулируйте клинический диагноз, проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите дополнительные методы исследования для подтверждения клинического диагноза.
4. Укажите основные принципы лечения.
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

### **ЗАДАЧА № 36.**

Больной 18 лет поступил в клинику нервных болезней с жалобами на слабость и похудание мышц верхних и нижних конечностей. В 12 лет случился перелом правого бедра, в связи с чем лечился в хирургической клинике. После этого заметил слабость в ногах, часто падал. Связывал слабость с последствиями травмы. В 13-тилетнем возрасте стал замечать, что отстает при ходьбе от товарищей, быстро устает. Вскоре обратил внимание на похудание ног. Через 10 месяцев появилась слабость в верхних конечностях, которая постепенно усиливалась. У родителей, двух братьев (27 и 29 лет) и других родственников аналогичного заболевания не отмечает.

Объективно: Выраженная атрофия мышц конечностей, больше проксимальных отделов, туловища. Поэтапное вставание из положения сидя и лежа. При ходьбе переваливается из стороны в сторону. «Крыловидные» лопатки, «осиная» талия. Снижение мышечной силы в конечностях: в большей степени в проксимальных отделах ног и проксимальных отделах рук. Псевдогипертрофия икроножных мышц. Арефлексия

на ногах, рефлексы с верхних конечностей снижены. Других нарушений со стороны нервной системы нет.

ЭНМГ: с пораженных мышц регистрируются ПДДЕ сниженной амплитуды. Содержание креатинфосфокиназы в сыворотке крови – 524 ед/л (в норме – 190 ед/л).

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Определите диагноз, уточните форму заболевания.
2. Какое значение имеет исследование КФК для дифференциации форм нервно-мышечных болезней?
3. Чем отличается ЭНМГ-исследование при первичных миопатиях и вторичных амиотрофиях?
4. Назначьте лечение.

#### **ЗАДАЧА № 37.**

Больной 45 лет жалуется на слабость в кистях и стопах, нарушение координации, пошатывание при ходьбе, похудание мышц конечностей и туловища, нарушение чувствительности, в кистях и стопах.

Болен с раннего детства, когда заметил утомляемость при физической нагрузке. Длительное время не обращался за медицинской помощью, т.к. заболевание прогрессировало медленно. В последние 2-3 года отмечает более быстрое прогрессирование заболевания, затрудняется при ходьбе и выполнении профессиональных нагрузок.

Объективно: Нарушена чувствительности в дистальных отделах верхних и нижних конечностей в виде гипестезии по типу высоких перчаток и носков. Объем активных движений в верхних конечностях полный. Глубокий парез стоп, не может встать и ходить на носочках и пятках. Мышечная сила в конечностях снижена: в дистальных отделах рук до 3 б., в проксимальных отделах рук - 4 б., в дистальных отделах ног – 1-2 б., в проксимальных отделах ног – 3-4 б. грубая диффузная атрофия мышц конечностей и туловища. Ноги аиста. Паукообразные пальцы. Стопы Фридрейха. Глубокие рефлексы с рук средней живости, D=S, с коленные - снижены, D=S, ахилловы не вызываются. Патологические стопные знаки отсутствуют. Брюшные рефлексы снижены, D=S. В позе Ромберга неустойчив, при закрытии глаз падает. Координаторные пробы выполняет неуверенно, при закрытии глаз – дисметрия, интенционный тремор. Симптомы вегетативной дисфункции. Тремор век. Нистагм горизонтальный установочный. Умеренно выраженные трофические нарушения в дистальных отделах конечностей. Других нарушений со стороны нервной системы нет.

ЭНМГ: признаки поражения периферических нервов верхних и нижних конечностей (сочетание демиелинизации и аксонопатии).

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Какой диагноз можно установить?
2. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?
3. Каков тип наследования болезни?
4. Какова необходимая терапия?

#### **ЗАДАЧА № 38.**

Больная 18 лет жалуется на периодические боли в икроножных мышцах. Не может кататься на коньках, ходить на высоких каблуках и т.п., часто «подворачивает» ноги, иногда беспокоит пошатывание при ходьбе.

Описанные жалобы беспокоят с детства. Заболевание не прогрессирует. Во время профилактического осмотра обнаружено снижение рефлексов с конечностей.

Объективно: Периферический тетрапарез, более выраженный в дистальных отделах конечностей. Объем движений в верхних конечностях не ограничен, в дистальных отделах рук мышечная сила – 3 балла. Походка с элементами «степпажа». Объем движений в тазовом поясе не ограничен, в стопах движения ограничены на 50 %, сила мышц проксимальных отделов ног – 4-5 баллов, в дистальных отделах ног - 1-2 балла. Атрофия мышц кистей рук, голени и стоп. Общая гипотрофия мышц туловища и конечностей. Диффузная гипотония мышц. Высокий свод стоп, стопы соответствуют «стопам Фридрейха». Глубокие рефлексы с рук и ног резко снижены, D=S. Брюшные рефлексы снижены D=S. В позе Ромберга покачивается. Координаторные пробы выполняет неуверенно, хуже – пяточно-коленные. Нистагм горизонтальный установочный. Симптомы вегетативной дисфункции. Других нарушений со стороны нервной системы нет.

ЭНМГ: признаки поражения периферических нервов верхних и нижних конечностей (сочетание демиелинизации и аксонопатии).

МРТ головы, шейного и пояснично-крестцового отделов спинного мозга: патологии не обнаружено.

### **ВОПРОСЫ:**

1. Какой диагноз можно установить?
2. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?
3. Каков тип наследования болезни?
4. Какова необходимая терапия?

### **ЗАДАЧА № 39.**

Больной В. 49 лет. После падения на правую руку (преимущественно на плечо) появилась интенсивная боль в области плечевого сустава, усиливающаяся при движениях. Был осмотрен травматологом, однако патологии со стороны плечевого сустава, костей плеча, предплечья не выявлено. В течение 2-х недель больной принимал анальгетики. Боли несколько уменьшились, однако появилась слабость в руке (не может поднять и отвести плечо, согнуть руку в локтевом суставе), а также онемение по наружной поверхности плеча, предплечья.

Объективно: парез мышц правого плечевого пояса и плеча (до 3 баллов), гипотрофия и умеренно выраженная гипотония мышц правого плеча и надплечья, бицепитальный рефлекс справа отсутствует. Гипестезия на латеральной поверхности плеча и предплечья справа.

### **ВОПРОСЫ:**

1. Основные неврологические синдромы и симптомы.
2. Топический диагноз.
3. Клинический диагноз.
4. Основные принципы лечения.

### **ЗАДАЧА № 40.**

Больной Ч. 27 лет, строитель, получил травму правой голени в верхней ее трети. Через некоторое время появилась слабость правой стопы, затруднение при ходьбе, чувство онемения на тыле стопы и на голени.

Объективно: локальная болезненность в верхней трети правой голени, гематома распространяется преимущественно по наружной поверхности голени почти до латеральной лодыжки

В неврологическом статусе: выраженный парез тыльных сгибателей правой стопы (стопа свисает), «петушиная» походка. Умеренно выраженная гипотония мышц правой голени, преимущественно по ее латеральной поверхности. Сухожильные рефлексы



вызываются, без четкой разницы. Умеренно выраженная гипестезия всех видов чувствительности по передненаружной поверхности правой голени и на тыле стопы.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Определите синдром.
2. Поставьте топический диагноз.
3. По какому типу нарушена чувствительность?
4. Сформулируйте клинический диагноз.
5. Основные принципы лечения.

#### **ЗАДАЧА № 41.**

Больной Д. 17 лет. После перенесенной ангины стал отмечать слабость, потливость, вечерами отмечалась субфебрильная температура, боли в суставах. При осмотре терапевтом отмечались красно-синюшные возвышенные образования в области голеней, при пальпации которых отмечалась болезненность. На этом фоне у больного появилась слабость, онемение, боли в ногах и руках. С этими жалобами больной поступил в клинику.

Объективно: состояние средней тяжести, дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца приглушены, в области голеней определяются красно-синюшного цвета и желтовато-коричневого цвета узлы, болезненные при пальпации.

В неврологическом статусе: черепные нервы без особенностей, отмечается снижение силы в дистальных отделах конечностей, мышечная гипотония, гипотрофия мышц стоп и кистей. Сухожильные рефлексы с *m. biceps* и *m. triceps*, карпорадиальные, коленные, ахилловы и подошвенные рефлексы резко снижены. Патологических рефлексов нет. Выявляется дистальная гипестезия в виде «перчаток» и «носков». Снижено вибрационное и мышечно-суставное чувство в дистальных отделах конечностей. Координаторные пробы выполняет с промахиванием, которое при выключении зрения усиливается. Кисти и стопы влажные, холодные, бледные.

Общий анализ крови: Э-3,5, Л-10,6, Б-1, Э- 10, п/я-12, с/я-48, Л-20, М-9, СОЭ-48 мм\ч, СРБ+++ , сиаловые кислоты-320 ед, фибриноген-500 мг\л, белковые фракции: альбумины-50%, глобулины-50%, □1-4,5%, □2-12%, □-11%, □-22%. Ликвор: без особенностей.

ЭНМГ: снижение скорости проведения по двигательным и чувствительным волокнам верхних и нижних конечностей.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Назовите симптомы и синдромы поражения нервной системы.
2. Как сформулировать диагноз?
3. Назначьте лечение.

#### **ЗАДАЧА № 42.**

Больной Б. 48 лет, находится на лечении с диагнозом: алкогольный цирроз печени. При осмотре неврологом жалуется на общую слабость, боли и жжение в стопах, шаткость при ходьбе, особенно в темноте, ослабление памяти, плохой сон. Известно, что страдает алкоголизмом в течение 10 лет.

Объективно: память нарушена: хорошо помнит давние события, но последние и предшествующие болезни события не помнит. Внимание рассеянно, считает с трудом, не критичен к тяжести своего состояния. Эйфоричен. Менингеальные и общемозговые симптомы нет. В сфере черепных нервов – без особенностей. Положительные симптомы орального автоматизма. Объем активных движений в конечностях не ограничен. Снижена сила в дистальных отделах ног. Мышечный тонус в ногах снижен. Гипотрофия голеней и стоп. Рефлексы на руках оживлены, коленные, ахилловы отсутствуют. Стопы цианотичны, холодные на ощупь, влажные. Нарушение поверхностной и глубокой

чувствительности в виде носков. Пальценосовую пробу выполняет удовлетворительно, коленно-пяточную – с атаксией. В позе Ромберга с закрытыми глазами резко пошатывается во все стороны, походка атактическая, при ходьбе смотрит на ноги.

Клинический анализ крови - в норме, RW-отрицательная, глюкоза - 4,7ммМ/л. Ликвор: бесцветный, прозрачный, ликворное давление -150 мм вод.ст., реакция Панди +, белок - 0,33 г\л, цитоз-3 в мкл.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Какие неврологические симптомы выявлены у больного?
2. Где локализуется патологический очаг?
3. Ваш клинический диагноз?
4. Чем обусловлено поражение нервной системы?
5. Принципы лечения

#### **ЗАДАЧА № 43.**

Больной К., 52 лет, жалуется на онемение кистей и стоп, на боли, появившиеся в мышцах голени месяц назад. Кроме того, его беспокоят снижение памяти и пошатывание при ходьбе. Год назад лечился по поводу хронического алкоголизма.

Объективно: объем активных движений в конечностях не ограничен. Снижена сила в мышцах кистей и стоп. Гипотония мышц. Карпорадиальные рефлексы снижены. Коленные рефлексы равномерные, средней живости, ахилловы — не вызываются. При пальпации отмечается болезненность по ходу нервных стволов, особенно седалищных нервов. Снижена поверхностная чувствительность на кистях и стопах. Нарушено суставно-мышечное чувство в пальцах стоп. Походка «петушиная». Отечность стоп и кистей. Реакция Вассермана отрицательная.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте топический диагноз.
2. О каком заболевании можно думать в данном случае?
3. Какой тип нарушения чувствительности выявлен у больного?
1. Наметьте план лечения.

#### **ЗАДАЧА № 44.**

Больной В., 28 лет, после сна почувствовал онемение и слабость левой кисти. Накануне вечером употреблял алкоголь, как заснул, не помнит.

Объективно: со стороны внутренних органов патологии нет. «Свисающая» кисть. Не может разогнуть кисть, пальцы, а также отвести большой палец. Сила в левой кисти снижена. Снижены чувствительность на тыльной поверхности большого и указательного пальцев и трицепитальный и карпорадиальный рефлексы слева.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Укажите причину заболевания.
3. Назначьте лечение.

#### **ЗАДАЧА № 45.**

Больной В. 41 года, обратился к неврологу с жалобами на слабость в левой руке, ограничение объема движений в левом плечевом суставе, онемение в левой руке. Заболел после падения на левую кисть 10 дней назад. Появились сильные боли в левом плечевом суставе, которые усиливались при движениях. Обратился в травмпункт, сделаны рентгенограммы плечевого сустава, диагностирован вывих плечевого сустава. Вывих

вправили, наложили иммобилизирующую повязку, но через неделю появились вышеуказанные жалобы.

Объективно: левое плечо ниже правого, рука опущена, повернута внутрь. С большим трудом поднимает левую руку, нарушено отведение левого плеча, сгибание руки в локтевом суставе, поворот кисти ладонью вверх. Снижена сила в проксимальных отделах левой руки, в дистальных отделах сила достаточная. Атрофия мышц плечевого пояса и дельтовидной мышцы слева, тонус указанных мышц снижен. Сухожильные рефлексы с *m. triceps* средней живости ( $S=D$ ), с *m. biceps* слева отсутствует, справа - живой, периостальные рефлексы ( $S<D$ ). Снижена болевая и температурная чувствительность на наружной поверхности левого плеча и предплечья. Болезненность при пальпации в надключичной и надлопаточной области слева. Симптомов натяжения нет. В сфере черепных нервов – левосторонний синдром Горнера, в остальном – без патологии.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Определите место поражения и объясните механизм поражения.
2. Поставьте клинический диагноз
3. По какому типу нарушена чувствительность?
4. Почему у больного появился синдром Горнера?
5. Назначьте лечение

#### **ЗАДАЧА № 46.**

Больная В. 34 лет в течение многих лет страдает сахарным диабетом 1 типа, постоянно 2 раза в день делает себе инъекции инсулина. Несмотря на это, уровень глюкозы в крови остается повышенным (8-15 ммоль/л). 3 года назад больная впервые обратила внимание на чувство жжения и покалывания в кончиках пальцев рук, затем такие же ощущения появились и в пальцах ног. В течение последнего года отмечает чувство онемения в дистальных отделах конечностей (сначала периодически появляющееся, а затем и постоянное), стала ронять из рук различные предметы (сумку).

Объективно: черепные нервы без патологии; легкий парез дистальных отделов рук и ног (4 балла), небольшая гипотония кистей и стоп, отсутствуют карпорадиальные, и подошвенные рефлексы, снижены ахилловы рефлексы. Выраженная гипестезия всех видов чувствительности в дистальных отделах конечностей (в виде «перчаток и носков»).

Содержание глюкозы в крови - 8,6 ммоль/л.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Определите синдром.
2. По какому типу нарушена чувствительность?
3. Что является причиной развития данной патологии?
4. Сформулируйте клинический диагноз.
5. Основные терапевтические мероприятия (медикаментозная терапия, физиолечение).
6. Первичная и вторичная профилактика

#### **ЗАДАЧА № 47.**

Больной В. 46 лет, страдает алкоголизмом. В конце прошлого месяца появилось постепенно нарастающее чувство «ползания мурашек» в кистях и стопах, боли в икроножных мышцах. Через месяц присоединилось пошатывание при ходьбе, особенно в темноте, стал ронять предметы из рук. Значительно ухудшилась память (плохо запоминает текущие события, память на события прошлых лет сохранена).

Объективно: тоны сердца приглушены, дыхание жесткое, прощупывается безболезненный край печени.

Неврологически: общемозговых, менингеальных симптомов нет. В сфере черепных нервов патологии не выявляется. Сила мышц рук хорошая, в ногах - небольшой парез

тыльных сгибателей стоп. Мышечный тонус не изменен. Ослаблены карпорадиальные и коленные рефлексy, ахилловы – отсутствуют. Гипалгезия на кистях и стопах в виде «перчаток и чулок». Снижено мышечно-суставное чувство на кистях и стопах, вибрационная чувствительность утрачена в дистальных отделах рук и ног. Стопы и кисти цианотичные, влажные, холодные на ощупь. Тазовые функции не нарушены. При пробе Ромберга – пошатывание в обе стороны.

Анализy крови и мочи – без патологии.

Ликвор: бесцветный, прозрачный, реакция Панди +, белок – 0,25 г\л, цитоз-3 в 1мкл, эритроциты -50 в 1 мкл (свежие), ликворное давление -160 мм вод.ст. Реакция Вассермана в крови и ликворе – отрицательная.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Топический диагноз.
2. Как называется данный тип нарушения чувствительности?
3. Клинический диагноз (предположительно).
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Дополнительные методы исследования.
6. Назначьте курс лечения.

#### **ЗАДАЧА № 48.**

Больной Д. 37 лет, поступил с жалобами на ощущение онемения в ногах и боль в ногах, пошатывание при ходьбе, плохо чувствовал пол. 14 лет назад болел сифилисом, прошел полный курс лечения, с тех пор реакция Вассермана в крови отрицательная. Настоящее заболевание возникло около 3 месяцев назад. Лечился амбулаторно, без эффекта. Последние 10-12 лет систематически употребляет алкоголь (не менее 500 мл водки ежедневно). Неоднократно лечился по поводу алкоголизма. Больной расторможен, многоречив. Общемозговых, менингеальных симптомов нет. В сфере черепных нервов – узкие зрачки, реакция их на свет живая. Парезов нет. Выраженная статическая и динамическая атаксия. Пошатывается в позе Ромберга и при ходьбе (с закрытыми глазами). Атаксия при пальценосовой и особенно при пяточно-коленной пробе. Походка атактическая, ходит, глядя вниз на ноги. Отмечается расстройство мышечно-суставного чувства в пальцах стоп. В меньшей степени такие же расстройства выявляются и на руках. Болевая и температурная чувствительность снижена на ногах в виде «носков».

Ликвор: бесцветный, прозрачный, ликворное давление-130 мм вод.ст., реакция Панди +, белок - 0,16 г\л, цитоз - 3 в 1 мкл. Реакции Вассермана и Ланге – отрицательные.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Сформулируйте топический диагноз
2. Поставьте клинический диагноз
3. С каким заболеванием надо провести дифференциальный диагноз?
4. Дополнительные исследования, которые надо провести больному.
5. Основные принципы лечения.

#### **3. Вегетативные и нейроэндокринные расстройства.**

#### **ЗАДАЧА №49.**

Больная М., 40 лет, поступила в отделение с жалобами на ноющие боли в области сердца, которые длятся около часа, усиливаются при волнениях, физических нагрузках, снимаются на некоторое время валокордином, но потом возникают опять. Кроме того, беспокоит чувство тревоги, головные боли, плохой сон.

Считает себя больной в течение года, когда после развода с мужем появились вышеперечисленные жалобы. Обращалась к терапевту в поликлинику, была сделана ЭКГ,

на которой обнаружили «ишемические изменения», в связи с чем были назначены нитросорбид\* и предуктал\*. После 1 мес лечения почувствовала небольшое облегчение состояния, но через некоторое время боли в сердце возобновились. На повторно снятых ЭКГ сохранялись, по словам врача, те же «ишемические изменения». Позже у больной появились головные боли, нарушился сон. Дважды в течение месяца она просыпалась с сильным сердцебиением, ощущением тревоги, болями в области сердца.

Приступ длился больше часа. Валокордин\* и нитроглицерин эффекта не оказали. На следующий день после второго приступа пациентка обратилась за помощью в стационар.

При поступлении в стационар патологии в соматическом статусе больной выявлено не было. Отмечалась умеренная синусовая тахикардия до 96 ударов в минуту, АД - 135/85 мм рт.ст.

В неврологическом статусе со стороны черепных нервов без особенностей, двигательных нарушений нет, отмечается оживление глубоких рефлексов без достоверной разницы сторон, отсутствие патологических стопных знаков, диффузная мышечная гипотония, чувствительность достоверно не расстроена, координаторная сфера без патологии, менингеальных знаков нет, тазовые функции контролирует.

Со стороны показателей крови, мочи и других лабораторных показателей изменений не было. На ЭКГ, сделанной в приемном отделении, выявлено наличие отрицательного зубца *T* в отведениях V1-V4.

#### ВОПРОСЫ:

1. Поставьте клинический диагноз. Где локализуется очаг поражения?
2. Проведите дифференциальный диагноз болевого синдрома в грудной клетке со стенокардией.
3. Охарактеризуйте приступы ночных болей у пациентки, сделайте назначение и обоснуйте необходимость дополнительных методов исследования.
4. Оцените изменения на ЭКГ и предложите ЭКГ-пробы для верификации диагноза.
5. Назначьте и обоснуйте лекарственную терапию.
6. В чем заключается ошибка врача-терапевта поликлиники?

#### ЗАДАЧА №50.

Пациент К., 42 года, поступил в стационар с жалобами на колющие боли в левой половине грудной клетки, частое сердцебиение, температуру 37,2 °С, которая держится на протяжении 1 мес. Также его беспокоят головокружение, головная боль, чувство «духоты» в закрытых помещениях.

Из анамнеза известно, что 2 года назад по поводу перелома ноги пациент долго лежал в стационаре, за это время потерял работу, на новом месте службы были конфликты с начальником. Боли в сердце появлялись, когда пациент возвращался домой. Никакими препаратами для купирования болей в сердце не пользовался. Пытался принимать алкоголь. Облегчение не наступало. Месяц назад при измерении температуры тела обнаружил ее повышение до 37,3 °С. Стал регулярно измерять температуру и записывать показатели - ниже 37 °С. Она не снижалась. Присоединились головные боли. Невролог назначил кавинтон\* и ноотропил. Принимал в течение 2 нед, без эффекта.

Последний приступ болей в области сердца сопровождался сильным сердцебиением, дрожью во всем теле, покраснением лица, в связи с чем больной вызвал СМП и был доставлен в стационар.

При поступлении состояние больного удовлетворительное. В соматическом статусе патологии не выявлено. АД - 130/70 мм рт.ст. Пульс - 110 в минуту, ритмичный. На ЭКГ, сделанной в приемном отделении, патологии не выявлено. Отмечается синусовая тахикардия до 110 в минуту.

В неврологическом статусе со стороны черепных нервов без особенностей, двигательных наруш

оживление глубоких рефлексов без достоверной разницы сторон, отсутствие патологических стопных рефлексов, мышечная гипотония, чувствительность достоверно не расстроена, координаторная сфера без патологических признаков, тазовые функции контролирует.

Врач приемного отделения произвел больному инъекцию наркотического анальгетика. Через 15 мин болевой синдром в грудной клетке был полностью купирован. Пациент был отпущен домой.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте клинический диагноз. Где локализуется очаг поражения?
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать данное состояние пациента?
3. О чем может свидетельствовать субфебрильная температура у пациента?
4. Мог ли врач приемного отделения отпустить больного домой после купирования болевого синдрома?
5. Обосновано ли применение наркотического анальгетика?
6. Какие обследования необходимо назначить больному?

#### **ЗАДАЧА №51.**

Женщина 30 лет, предъявляет жалобы на приступообразные головные боли пульсирующего характера, чаще справа. Считает себя больной в течение 10 лет. Приступу цефалгии предшествуют зрительные нарушения в виде выпадения левых полей зрения. Зрительные нарушения длятся 10-15 мин., затем возникает головная боль. Приступ продолжается от 3-4 часов до 2 суток и сопровождается тошнотой, рвотой, светобоязнью. Физическая нагрузка во время приступа резко усиливает боль. Приступ цефалгии провоцируется эмоциональным напряжением, длительным нахождением в душном помещении, иногда менструальным циклом. Частота приступов 1–2 в месяц. Аналогичные головные боли у матери и бабушки больной. При неврологическом исследовании нарушений не выявлено.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте клинический диагноз?
2. Что лежит в основе патогенеза данных приступов?
3. С чем необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Подходы к лечению в период приступов головной боли?
5. Профилактика приступов головной боли?

#### **ЗАДАЧА №52.**

Больной М, 35 лет, по профессии клепальщик, поступил с жалобами на периодически возникающее онемение пальцев кистей обеих рук, их побледнение («белые пальцы»), сменяющееся затем их цианозом, жжением, покалыванием. Вне приступа отмечается похолодание кистей рук. При капилляроскопии – спастическое состояние капилляров.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Какие нарушения доминируют в картине заболевания? С поражением каких образований наиболее часто связано их возникновение?
2. Как называется симптомокомплекс, имеющийся у больного?
3. Какова форма данного феномена у больного?

#### **ЗАДАЧА №53.**

Больной К., 38 лет вскоре после перенесенного гриппоподобного заболевания с повышением температуры стал прогрессивно прибавлять в весе, появились полосы растяжения на коже живота, лунообразное лицо, артериальная гипертония (180 / 100 мм

рт. ст.), гипергликемия (уровень сахара в крови - 8,6 ммоль/л), гипертрихоз на лице, на бедре. Очаговой и общемозговой неврологической симптоматики у больной не выявлено.

**ВОПРОСЫ:**

1. Определите клинический синдром.
2. Какова локализация патологического процесса?
3. Какие дополнительные методы исследования и консультация каких специалистов данной больной необходимы?

**ЗАДАЧА №54.**

Больная Ю., 33 лет. Жалуется на приступы головной боли, которые локализуются в височной области половины головы и затем распространяются на всю голову. Перед приступом имеется аура в виде ощущения мелькания ярких зигзагообразных полос. Головная боль сопровождается тошнотой, рвотой, заканчивается сном, после которого приступ купируется.

Объективно отмечается эмоциональная лабильность, нервозность, склонность к гипотонии (АД 90/60 мм рт. ст.). Другой неврологической симптоматики у больной не выявлено.

**ВОПРОСЫ:**

1. Назовите клинический диагноз.
2. Какие патогенетические механизмы лежат в основе патогенеза заболевания?
3. С чем необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Подходы к лечению в период приступов головной боли?
5. Профилактика приступов головной боли?

**ЗАДАЧА №55.**

У больного К., 70 лет, наступил тромбоз левой сонной артерии в экстракраниальном отделе (на шее). Клинически возник правосторонний центральный гемипарез и синдром К. Бернара - Горнера слева.

**ВОПРОСЫ:**

1. Какие симптомы включает синдром К. Бернара-Горнера?
2. Объясните причину его возникновения.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести больному.

**ЗАДАЧА №56.**

У больного М., 28 лет, работника химического предприятия, в течение последних двух месяцев появились приступы следующего характера: внезапно возникает учащенное сердцебиение, чувство онемения в дистальных отделах конечностей, чувство озноба до степени генерализованного тремора без повышения температуры, ощущение недостатка воздуха, сопровождающееся чувством внутренней тревоги, страха смерти, страха «сойти с ума». В конце приступа - выделение большого количества мочи (полиурия). При осмотре выявлены: повышение АД до 150 /100 мм рт. ст., тахикардия - 98 в 1 мин, бледность кожных покровов, гипергидроз, тремор пальцев вытянутых рук.

В межприступный период очаговой и общемозговой неврологической симптоматики не выявлено.

**ВОПРОСЫ:**

1. Дайте заключение о характере приступа.
2. Поражение каких структур вызывает подобные кризы?
3. Ваша тактика.

### **ЗАДАЧА №57.**

Больная В., 12 лет, после перенесенного серозного вирусного менингита, стала резко прибавлять в весе, появились полосы растяжения на коже живота, бедер, лицо стало лунообразным, выявлен сахарный диабет.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Определите клинический синдром, развившийся у больного.
2. Какова локализация патологического процесса?
3. Какие дополнительные методы исследования и консультация каких специалистов данной больной необходимы?

### **ЗАДАЧА №58.**

Больная, 23 лет, обратилась к врачу с жалобами на приступообразные боли в кистях рук, чувство похолодания в них, изменение окраски кожных покровов. Заболела 2 года назад, после длительного охлаждения. После перенесенного гриппа, все эти явления усилились. При осмотре: отмечается бледность кожных покровов кистей рук с цианотичным оттенком. Кисти холодные на ощупь, влажные, легкая гиперестезия кончиков пальцев.

Очаговой и общемозговой неврологической симптоматики не выявлено.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте предварительный диагноз. Какие причины возникновения данных симптомов? С каким отделом ВНС связаны эти изменения?
2. Какие изменения периферического кровотока в кистях рук Вы предполагаете? Чем обусловлены снижение температуры кожи, повышенная потливость, изменения окраски кожи и гиперестезия? С какими структурами и эффектами ВНС они могут быть связаны?
3. Ваша лечебно-диагностическая тактика.

### **ЗАДАЧА №59.**

Женщина 50 лет предъявляет жалобы на диффузные головные боли давящего характера, которые напоминают «сдавливание головы обручем». Дебют заболевания больная связывает с психотравмирующей ситуацией (развод с мужем 5 лет назад). В начале заболевания головные боли возникали 2-3 раза в неделю; в течение последних месяцев они стали постоянными. Физическая нагрузка на характер головной боли не влияет. Семейный анамнез не отягощен. При обследовании отмечается болезненность при пальпации перикраниальных мышц и мышц шеи, симптомов поражения нервной системы не выявлено.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте клинический диагноз?
2. Необходимо ли проведение дополнительных исследований? Если да, какие исследования?
3. Ваша тактика.

### **ЗАДАЧА №60.**

Мужчина 40 лет жалуется на периодически возникающие стереотипные приступы интенсивной боли в области правого глаза в течение 10 лет. Боли чаще возникают ночью. Приступ сопровождается слезотечением, покраснением конъюнктивы, ринореей. Длительность приступа 10-40 минут, количество таких приступов может достигать до 6-8 в сутки. Длительность обострения – около месяца, ремиссии – около года. При неврологическом обследовании на стороне головной боли отмечаются сужение глазной



щели, сужение зрачка и отек век, другой патологии со стороны нервной системы не выявлено.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Ваш клинический диагноз?
2. Необходимо ли провести дополнительные исследования? Если да, какие исследования?
3. Ваша тактика.

#### **4. Психоневрология, соматоневрология.**

##### **ЗАДАЧА №61.**

Больная И. 12 лет, страдает ревматизмом. После переохлаждения и перенесенной ангины возникла головная боль, появились непроизвольные подергивания: стала гримасничать, движения в конечностях были чрезмерными. Часто роняла предметы из рук, отмечалась излишняя подвижность. Непроизвольные движения усиливались при волнении и физической нагрузке, исчезали во сне.

Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, повышенной влажности. Дыхание жестковатое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум во всех точках. Печень и селезенка не увеличены.

В неврологическом статусе отмечается мышечная гипотония, не может удерживать язык высунутым изо рта, симптом Черни и Гордона 2.

В крови: эозинофилия, лимфоцитоз, ускорение СОЭ, СРБ ++, повышены сиаловые кислоты, диспротеинемия с увеличением  $\alpha$ -2 и  $\alpha$ -глобулинов. ЭМГ: залповая активность. ЭКГ: нарушение процессов де- и реполяризации.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Выделите основные неврологические симптомы и синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Какие параклинические исследования нужно провести больному?
4. Определите основные принципы лечения.

##### **ЗАДАЧА №62.**

Девушка 18 лет жалуется на эпизоды утраты сознания, возникающие в душном помещении или транспорте. Утрате сознания предшествует ощущение «дурноты, темноты в глазах». Если в этот период пациентке удастся прилечь или сесть, то потери сознания обычно не наступает. Эти состояния беспокоят с 14 лет, но последние месяцы стали возникать почти каждую неделю на фоне повышенного эмоционального и физического напряжения (совмещение работы и учебы на заочном отделении института). При обследовании не выявлено неврологических нарушений.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите тип припадков.
2. Укажите предположительный клинический диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести и их предполагаемые результаты?
4. Каков прогноз заболевания?
5. Ваша лечебная тактика.

##### **ЗАДАЧА №63.**

Мужчина 65 лет отмечает, что в течение последних нескольких лет при тугом завязывании галстука или ношении водолазки с тесным воротом у него может развиваться

приступ потери сознания, который длится не более двух-трех минут и не сопровождается судорогами в конечностях. Аналогичный приступ возник в стационаре при проведении массажа шеи и воротниковой зоны в связи с болями в шейном отделе позвоночника на фоне остеохондроза и спондилеза. При обследовании не выявлено неврологических нарушений.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Укажите тип припадков.
2. Укажите предположительный клинический диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести и их предполагаемые результаты?
4. Каков прогноз заболевания?
5. Ваша лечебная тактика.

#### **ЗАДАЧА №64.**

Больная В. 34 лет в течение многих лет страдает сахарным диабетом 1 типа, постоянно 2 раза в день делает себе инъекции инсулина. Несмотря на это, уровень глюкозы в крови остается повышенным (8-15 Ммоль\л). 3 года назад больная впервые обратила внимание на чувство жжения и покалывания в кончиках пальцев рук, затем такие же ощущения появились и в пальцах ног. В течение последнего года отмечает чувство онемения в дистальных отделах конечностей (сначала периодически появляющееся, а затем и постоянное), стала ронять из рук различные предметы (сумку).

Объективно: черепные нервы без патологии; легкий парез дистальных отделов рук и ног (4 балла), небольшая гипотония кистей и стоп, отсутствуют карпо-радиальные, и подошвенные рефлексy, снижены ахилловы рефлексy. Выраженная гипестезия всех видов чувствительности в дистальных отделах конечностей (в виде «перчаток и носков»).

Содержание глюкозы в крови - 8,6 Ммоль\л

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Определите неврологический синдром.
2. Что является причиной развития данной патологии?
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Определите основные терапевтические мероприятия.
5. Укажите принципы первичной и вторичной профилактики.

#### **ЗАДАЧА №65.**

Больная И. 12 лет, страдает ревматизмом. После переохладения и перенесенной ангины возникла головная боль, появились непроизвольные подергивания: стала гримасничать, движения в конечностях были чрезмерными. Часто роняла предметы из рук, отмечалась излишняя подвижность. Непроизвольные движения усиливались при волнении и физической нагрузке, исчезали во сне.

Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, повышенной влажности. Дыхание жестковатое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум во всех точках. Печень и селезенка не увеличены.

В неврологическом статусе отмечается мышечная гипотония, не может удерживать язык высунутым изо рта, симптом Черни и Гордона 2.

В крови: эозинофилия, лимфоцитоз, ускорение СОЭ, СРБ ++, повышены сиаловые кислоты, диспротеинемия с увеличением  $\alpha$ -2 и  $\alpha$ -глобулинов. ЭМГ: залповая активность. ЭКГ: нарушение процессов де- и реполяризации.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Назовите синдром и топический диагноз.

2. Сформулируйте клинический диагноз
3. Назначьте лечение.

#### **ЗАДАЧА №66.**

Больной Б. 48 лет, находится на лечении с диагнозом: алкогольный цирроз печени. При осмотре неврологом жалуется на общую слабость, боли и жжение в стопах, шаткость при ходьбе, особенно в темноте, ослабление памяти, плохой сон. Известно, что страдает алкоголизмом в течение 10 лет.

Объективно: память нарушена: хорошо помнит давние события, но последние и предшествующие болезни события не помнит. Внимание рассеянно, считает с трудом, не критичен к тяжести своего состояния. Эйфоричен. Менингеальные и общемозговые симптомов нет. В сфере черепных нервов – без патологии. Положительны симптомы орального автоматизма. Объем активных движений в конечностях не ограничен. Снижена сила в дистальных отделах ног. Мышечный тонус в ногах снижен. Гипотрофия голени и стоп. Рефлексы на руках оживлены, коленные, ахилловы отсутствуют. Стопы цианотичны, холодные на ощупь, влажные. Нарушение поверхностной и глубокой чувствительности в виде носков. Пальценосовую пробу выполняет удовлетворительно, коленно-пяточную - с атаксией. В позе Ромберга с закрытыми глазами резко пошатывается во все стороны, походка атактическая, при ходьбе смотрит на ноги.

Клинический анализ крови - в норме, RW-отрицательная, глюкоза - 4,7мм/л. Ликвор: бесцветный, прозрачный, ликворное давление -150 мм вод.ст., реакция Панди +, белок - 0,33 г/л, цитоз-3 в мкл.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Какие неврологические симптомы выявлены у больного?
2. Где локализуется патологический очаг?
3. Ваш клинический диагноз?
4. Чем обусловлено поражение нервной системы?
5. Принципы лечения.

#### **ЗАДАЧА №67.**

Больной К., 52 лет, жалуется на онемение кистей и стоп, на боли, появившиеся в мышцах голени месяц назад. Кроме того, его беспокоят снижение памяти и пошатывание при ходьбе. Год назад лечился по поводу хронического алкоголизма.

Объективно: объем активных движений в конечностях не ограничен. Снижена сила в мышцах кистей и стоп. Гипотония мышц. Карпорадиальные рефлексы снижены. Коленные рефлексы равномерные, средней живости, ахилловы — не вызываются. При пальпации отмечается болезненность по ходу нервных стволов, особенно седалищных нервов. Снижена поверхностная чувствительность на кистях и стопах. Нарушено суставно-мышечное чувство в пальцах стоп. Походка «петушиная». Отечность стоп и кистей. Реакция Вассермана отрицательная.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте топический диагноз.
2. О каком заболевании можно думать в данном случае?
3. Какой тип нарушения чувствительности выявлен у больного?
4. Наметьте план лечения.

#### **ЗАДАЧА №68.**

Больная 43 лет поступила в клинику нервных болезней в плановом порядке с жалобами на стойкие головные боли, значительное повышение веса, высокие цифры артериального давления, незначительное изменение черт лица. Кроме того, в последние

3,5 – 4,0 месяца стала отмечать снижение зрения. Из анамнеза известно, что первые симптомы в виде повышения веса, стойкого высокого артериального давления стали отмечаться 2,5-3,0 года назад. В последующем присоединились остальные жалобы. При осмотре: в сознании, контактна, адекватна, правильно ориентирована. Повышенного питания с ожирением по верхнему типу, стрии на бедрах и поясице. Кожные покровы красноватые, на лице угревая сыпь. Выраженный гипертрихоз. Элементы акромегалии. Со стороны черепных нервов: выпадение наружного поля зрения на левый глаз, значительное ограничение всех полей зрения на правый глаз. Другой очаговой симптоматики не выявляется. На МРТ в проекции гипофиза выявляется неправильной формы образование, выступающее за пределы турецкого седла.

**ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте топический диагноз.
2. Тактика ведения больной.

**Задача №69**

Пациент, 35 лет, страдающий хроническим алкоголизмом, жалуется на онемение, боли в руках и ногах, слабость в них, неустойчивость при ходьбе. Объективно: парезы рук и ног, больше дистальных отделов, мышечная гипотония, снижение карпорадиального рефлекса с двух сторон, отсутствие ахилловых и подошвенных рефлексов, гипестезия всех видов чувствительности в области кистей и стоп. Кисти рук и стопы цианотичны, влажны.

**ВОПРОСЫ:**

1. Какое обследование нужно провести данному пациенту?
2. Укажите предполагаемый диагноз.
3. С чем следует дифференцировать это заболевание?
4. Наметьте план лечения больного

**Задача № 70**

У пациента 30 лет, после значительного употребления алкоголя, развилась внезапная потеря сознания с тонико-клоническими судорогами. Во время приступа пациент прикусил язык, обмочился. В неврологическом статусе определяется очаговая неврологическая симптоматика в виде легкого правостороннего гемипареза.

**ВОПРОСЫ:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Укажите методы обследования.
3. Какова тактика ведения и лечения пациента при выявлении данной патологии?



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Саратовский государственный медицинский университет имени В.И.  
Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России)**

**Приложение № 3**

**КОМПЛЕКТ ТИПОВЫХ ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ ВОПРОСОВ ДЛЯ  
ПРОВЕДЕНИЯ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«НЕВРОЛОГИЯ»  
ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ**

**СПЕЦИАЛЬНОСТЬ  
31.08.47 РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ**

Квалификация  
**врач-рефлексотерапевт**  
Форма обучения  
**ОЧНАЯ**

Саратов

1. Организация и структура неврологической службы в РФ. Организация и функции неврологических кабинетов амбулаторно-поликлинических учреждений. Диспансеризация неврологических больных.
2. Организация и структура неврологической службы в РФ. Показания к госпитализации в стационар неврологического профиля. Специализированные неврологические центры.
3. Медико-социальная экспертиза (МСЭ) при заболеваниях нервной системы. Порядок выдачи и оформления больничных листков. Виды и ориентировочные сроки временной нетрудоспособности.
4. Медико-социальная экспертиза (МСЭ) при заболеваниях нервной системы. Показания к направлению больных на медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК). Критерии к определению групп инвалидности при заболеваниях нервной системы.
5. Экспертиза качества медицинской помощи при заболеваниях нервной системы.
6. Принципы маршрутизации пациентов при оказании медицинской помощи пациентам, страдающим заболеваниями нервной системы.
7. Принципы организации и оказания медицинской помощи в соответствии с «Порядком оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения», обязательным для исполнения на территории РФ всеми медицинскими организациями.
8. Принципы организации и оказания медицинской помощи в соответствии с «Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы», обязательным для исполнения на территории РФ всеми медицинскими организациями.
9. Принципы организации и оказания медицинской помощи в соответствии с «Порядком организации медицинской реабилитации», обязательным для исполнения на территории РФ всеми медицинскими организациями, при заболеваниях нервной системы.
10. Принципы организации и оказания медицинской помощи в соответствии с «Порядком оказания медицинской помощи детям по профилю неврология», обязательным для исполнения на территории РФ всеми медицинскими организациями.
11. Использование «Стандартов медицинской помощи» как основы для оказания медицинской помощи (с указанием примерного плана обследования и лечения) при мигрени.
12. Использование «Стандартов медицинской помощи» как основы для оказания медицинской помощи (с указанием примерного плана обследования и лечения) при диабетической полиневропатии.
13. Использование «Стандартов медицинской помощи» как основы для оказания медицинской помощи (с указанием примерного плана обследования и лечения) при поражениях отдельных нервов.
14. Использование «Стандартов медицинской помощи» как основы для оказания медицинской помощи (с указанием примерного плана обследования и лечения) при поражениях нервных корешков.

15. Использование «Стандартов медицинской помощи» как основы для оказания медицинской помощи (с указанием примерного плана обследования и лечения) при поражениях нервных сплетений.
16. Использование «Стандартов медицинской помощи» как основы для оказания медицинской помощи (с указанием примерного плана обследования и лечения) при наследственной идиопатической невропатии.
17. Использование «Стандартов медицинской помощи» как основы для оказания медицинской помощи (с указанием примерного плана обследования и лечения) при хронической воспалительной демиелинизирующей невропатии.
18. Использование «Стандартов медицинской помощи» как основы для оказания медицинской помощи (с указанием примерного плана обследования и лечения) при миастении.
19. Использование «Стандартов медицинской помощи» как основы для оказания медицинской помощи (с указанием примерного плана обследования и лечения) при транзиторной ишемической атаке.
20. Использование «Стандартов медицинской помощи» как основы для оказания медицинской помощи (с указанием примерного плана обследования и лечения) при субарахноидальных кровоизлияниях.
21. Использование «Стандартов медицинской помощи» как основы для оказания медицинской помощи (с указанием примерного плана обследования и лечения) при внутримозговых кровоизлияниях.
22. Использование «Стандартов медицинской помощи» как основы для оказания медицинской помощи (с указанием примерного плана обследования и лечения) при инфаркте мозга.
23. Методика и возможности оценки уровня сознания.
24. Методика оценки менингеальных симптомов.
25. Методика и возможности оценки высших мозговых функций (речь, чтение, письмо).
26. Методика и возможности оценки высших мозговых функций (счет, гнозис, праксис).
27. Состав цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) в норме и при заболеваниях нервной системы.
28. Люмбальная пункция. Показания. Противопоказания. Возможные осложнения и пути их профилактики.
29. Люмбальная пункция. Ликвородинамические пробы. Синдром внутричерепной гипертензии. Дислокация и вклинение ствола головного мозга.
30. Методы исследования брахиоцефальных и интракраниальных сосудов. Ультразвуковая доплерография (УЗДГ). Диагностические возможности метода.
31. Методы визуализации в неврологии. Компьютерная томография (КТ). Диагностические возможности метода.
32. Методы визуализации в неврологии. Магнитно-резонансная томография (МРТ). Диагностические возможности метода.
33. Методы визуализации в неврологии. Эхоэнцефалоскопия (ЭхоЭС), эхоэнцефалография (ЭхоЭГ). Нейросонография (НСГ). Диагностические возможности методов.
34. Электроэнцефалография (ЭЭГ). Диагностические возможности метода.

35. Вызванные потенциалы (ВП). Диагностические возможности метода.
36. Электронейромиография (ЭНМГ), электромиография (ЭМГ). Диагностические возможности методов.
37. Рентгенография. Краниография. Спондилография. Диагностические возможности метода.





**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Саратовский государственный медицинский университет имени В.И.  
Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России)**

**Приложение № 4**

**КОМПЛЕКТ ТИПОВЫХ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ АТТЕСТАЦИИ ПО  
ДИСЦИПЛИНЕ  
«НЕВРОЛОГИЯ»  
ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ**

**СПЕЦИАЛЬНОСТЬ  
31.08.47 РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ**

Квалификация  
**врач-рефлексотерапевт**  
Форма обучения  
**ОЧНАЯ**

Саратов

## Типовые экзаменационные вопросы учебной дисциплины «Неврология»

1. Синдромы поражения полушарий головного мозга.
2. Синдромы поражения ствола головного мозга.
3. Синдромы поражения спинного мозга.
4. Тройничный нерв. Функции, признаки поражения. Дифференциальная диагностика.
5. Глазодвигательный и отводящий нервы. Функции, признаки поражения. Дифференциальная диагностика.
6. Состав цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) в норме и при заболеваниях нервной системы.
7. Люмбальная пункция. Ликвородинамические пробы. Синдром внутричерепной гипертензии. Дислокация и вклинение ствола головного мозга.
8. Альтернирующие синдромы при поражении ствола головного мозга. Диагностическое значение.
9. Бульбарный и псевдобульбарный синдромы. Диагностическое значение.
10. Лицевой нерв. Функции, признаки поражения на разных уровнях. Дифференциальная диагностика.
11. Центральная и периферическая парез мимической мускулатуры. Поражение мостомозжечкового угла. Дифференциальная диагностика.
12. Вегетативная нервная система, основные уровни регуляции вегетативных функций. Гипоталамус. Симптомы поражения вегетативной нервной системы на разных уровнях. Методы исследования.
13. Кровоснабжение головного мозга и его регуляция. Артерии головного мозга. Синдромы поражений артерий головного мозга.
14. Высшие мозговые функции. Методики исследования. Афазия. Аграфия. Алексия. Апраксия. Агнозия. Нарушение когнитивных функций.
15. Менингеальный синдром. Общемозговая симптоматика. Нарушение сознания. Сравнительная характеристика угнетения сознания различной степени.
16. Классификация заболеваний вегетативной нервной системы. Синдром вегетативной дисфункции. Клинические проявления, течение, принципы терапии.
17. Первичная головная боль. Этиология, критерии диагностики, принципы терапии.
18. Смерть мозга. Определение, тактика мероприятий. Инструментальные критерии диагностики: контрастная цифровая субтракционная панангиография, ультразвуковое дуплексное сканирование, электроэнцефалография. Этические аспекты.
19. Вертеброгенные неврологические синдромы. Патогенез, классификация, клиническая картина рефлекторных, корешковых синдромов, сосудистой миелопатии. Типы течения, стадии и лечение на разных стадиях.
20. Поражение нервных корешков. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Поэтапное лечение и реабилитация.
21. Поражение спинномозговых узлов. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Поэтапное лечение и реабилитация.
22. Поражение нервных сплетений. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Поэтапное лечение и реабилитация.
23. Множественное поражение корешков и нервов. Классификация. Аксонопатия и демиелинизирующее поражение нервов. Поэтапное лечение и реабилитация.

24. Поражение отдельных спинномозговых нервов. Поэтапное лечение и реабилитация.
25. Наследственные невропатии. Классификация. Клинические проявления, критерии диагностики.
26. Мышечные дистрофии. Классификация и клинические варианты, клиническая картина, критерии диагностики, принципы терапии.
27. Пароксизмальные миоплегии. Миотонии. Критерии диагностики, дифференциальный диагноз, лечение.
28. Миастения. Этиология, патогенез, классификация. Клинические проявления, течение, дифференциальная диагностика, лечение.
29. Вторичная головная боль. Этиология, критерии диагностики, принципы терапии.
30. Хроническая ишемия головного мозга (дисциркуляторная энцефалопатия). Этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, профилактика, лечение.
31. Преходящие нарушения мозгового кровообращения. Этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, профилактика, лечение, прогноз.
32. Инфаркт головного мозга (ишемический инсульт). Факторы риска, патогенез. Клинические проявления, топическая диагностика.
33. Инфаркт головного мозга (ишемический инсульт). Лечение, профилактика и реабилитация.
34. Геморрагический инсульт. Факторы риска, патогенез. Клинические проявления, топическая диагностика, лечение, показания к хирургическому лечению, профилактика и реабилитация.
35. Нарушение венозного кровообращения головного мозга. Этиология и патогенез. Тромбоз вен и тромбозы твердой мозговой оболочки, поверхностных и глубоких вен мозга. Диагностика, лечение.
36. Нарушение кровообращения спинного мозга. Классификация, патогенез, диагностика, лечение.
37. Неврозы. Современные представления об этиологии и патогенезе. Классификация. Клинические проявления основных неврозов. Диагностика, лечение.
38. Пароксизмальные состояния неэпилептического генеза. Клинические проявления, дифференциальный диагноз, лечение.
39. Соматоневрология. Неврологические синдромы при заболеваниях внутренних органов. Клинические проявления, диагностика, лечение.
40. Соматоневрология. Поражение нервной системы при эндокринных заболеваниях. Клинические проявления, диагностика, лечение.
41. Поражение нервной системы при воздействии токсических и физических факторов.
42. Роль офтальмологических методов исследования в диагностике заболеваний нервной системы.
43. Методы исследования брахиоцефальных и интракраниальных сосудов. Ультразвуковая доплерография (УЗДГ). Диагностические возможности метода.
44. Методы визуализации в неврологии. Компьютерная томография (КТ). Магнитно-резонансная томография (МРТ). Эхоэнцефалоскопия (ЭхоЭС), эхоэнцефалография (ЭхоЭГ). Нейросонография (НСГ). Диагностические возможности методов.

45. Электроэнцефалография (ЭЭГ). Вызванные потенциалы (ВП).  
Электронейромиография (ЭНМГ), электромиография (ЭМГ). Диагностические возможности методов.
46. Рентгенография. Диагностические возможности метода.
47. Саногенез и вопросы реабилитации неврологических больных. Физиотерапия, лечебная гимнастика, рефлексотерапия и другие немедикаментозные методы лечения заболеваний нервной системы.

### Составители

п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Лукина Елена Владимировна	К.м.н., доцент	Доцент кафедры неврологии им. К.Н. Третьякова	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России