

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Программа одобрена

Ученым советом

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

« 5 » 06 2020 г., протокол № 3



Ректор

«УТВЕРЖДАЮ»

Карякин Н.Н.

« 5 » 06 2020 г.

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по специальности  
31.08.42 «НЕВРОЛОГИЯ»

Нижний Новгород  
2020

# 1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине: Неврология

по специальности: 31.08.42. Неврология

№ п / п	Контролируемые разделы (темы), модули дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1	<b>Раздел 1. Общая неврология</b>	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;</li> <li>- общие вопросы организации неврологической помощи в стране, работу больнично-поликлинических учреждений, организацию работы скорой и неотложной помощи;</li> <li>- причины и механизмы развития болезней, сущность функциональных и морфологических процессов и их клинические проявления при заболеваниях нервной системы у пациентов различных возрастных групп;</li> <li>- основы фармакотерапии нервных болезней, фармакодинамику и фармакинетику основных групп лекарственных средств, осложнения лекарственной терапии и их коррекцию;</li> <li>- основы иммунологии и реактивности организма и клинической генетики;</li> <li>- организацию службы скорой медицинской помощи и интенсивной терапии;</li> <li>- основы немедикаментозной терапии: физиотерапии, ЛФК и санаторно-курортного лечения;</li> <li>- основы рационального питания здоровых и больных;</li> <li>- противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции;</li> <li>- МСЭ при нервных болезнях;</li> <li>- диспансерное наблюдение за здоровыми и больными;</li> <li>- формы и методы санитарно-просветительной работы;</li> <li>- особенности течения, диагностики и лечения неврологических заболеваний в пожилом и старческом возрасте.</li> <li>- симптоматику заболеваний нервной системы;</li> <li>- дифференциально-диагностическую значимость основных симптомов и синдромов</li> <li>- современную классификацию болезней и причин смерти;</li> <li>- диагностическую значимость (в том числе специфичность, чувствительность) результатов дополнительных методов исследования;</li> <li>- правила оформления клинического диагноза;</li> <li>- особенности течения и диагноза заболеваний нервной системы в зависимости от возраста и пола.</li> <li>- этиологию, патогенез, патофизиологию, клиническую картину, ближайший и отдаленный прогноз заболеваний</li> </ul>	Тестовые задания  Комплект вопросов для собеседования  Комплект ситуационных задач	50  69  9

		<p>(сосудистых, опухолевых, травматических, инфекционных, демиелинизирующих, дегенеративных, наследственных) нервной системы, а также основных инфекционных заболеваний;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- фармакодинамику и фармакокинетику лекарств, показания и противопоказания, признаки терапевтического и побочного действия, взаимодействие лекарств в организме;</li> <li>- методы и принципы начального и поддерживающего лечения и комбинированной фармакотерапии, оценку пользы и риска при применении лекарств;</li> <li>- возможности неотложной клинической диагностики острых осложнений неврологических заболеваний, включая пограничные ситуации хирургического, терапевтического, инфекционного, интоксикационного профиля;</li> <li>- физиологические, биохимические, морфологические основы неотложных состояний;</li> <li>- методы специфического (причинной) и неспецифического физического медикаментозного лечения неотложных состояний, возможности и направления первой врачебной помощи;</li> <li>- методы предупреждения осложнений и неотложных состояний при хронических заболеваниях.</li> </ul> <p>- формы и методы санитарно-просветительной работы.</p> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- провести всестороннее клиническое обследование больного, и на этом основании определить: предварительный диагноз, тяжесть состояния, неотложные мероприятия, план дополнительного обследования, в том числе консультации других специалистов, лабораторные и инструментальные исследования, избегая необоснованных и опасных, показания и сроки госпитализации, трудоспособность;</li> <li>- верифицировать и/или уточнить направленный диагноз у больных, поступивших в стационар или на прием в поликлинику;</li> <li>- использовать деонтологические навыки в целях установления положительного психологического контакта с больными;</li> <li>- определить тактику ведения больного в зависимости от характера и тяжести заболевания: только наблюдение, начальная терапия на первые 24 часа, неотложная терапия острого состояния, приглашение других специалистов, госпитализация или перемещение больного в другое отделение.</li> </ul> <p><i>квалифицированно осуществлять:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- эффективное и безопасное лечение больных, в том числе постоянное самостоятельное лечение и наблюдение хронических больных, а также первичную и вторичную профилактику болезней;</li> <li>- плановое комплексное лечение больных, используя режим, диету, физиотерапию, медикаменты, и осуществлять динамический контроль за состоянием больного, эффективностью и переносимостью назначенного лечения, и при необходимости проводить его коррекцию (изменение дозы и способа введения медикаментов, замена последних).</li> </ul>		
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- осуществлять диагностику и квалификационную врачебную помощь при неотложных состояниях в стационарных и амбулаторных условиях, в том числе;</li> <li>- клинически идентифицировать вид и степень тяжести неотложного состояния;</li> <li>- определить тактику ведения больного: самостоятельное оказание врачебной помощи в полном объеме; начать лечение и вызвать на консультацию соответствующего врача-специалиста;</li> <li>- провести в случае необходимости непрямой массаж сердца и искусственное дыхание, инфузионную терапию;</li> <li>- провести экстренную медикаментозную терапию по показаниям (антибиотики, анальгетики, антиконвульсанты, вазопрессоры, бронхолитики, гормональные препараты, antidotes при отравлениях, гемостатические и др.);</li> <li>- профилактику аспирации, пролежней, травм, интеркуррентных инфекций;</li> <li>- динамическое наблюдение за состоянием жизненно важных функций организма;</li> <li>- установить показания для применения методов реанимации (электроимпульсивной терапии, вспомогательного дыхания, экстракорпорального очищения крови, коррекции электролитного и кислотно-основного состояния крови);</li> <li>- оценить состояние и выделить ведущие синдромы у больных (пострадавших), находящихся в терминальном и тяжелом состоянии;</li> <li>- проводить санитарно-просветительную работу среди населения;</li> <li>- оформить медицинскую документацию.</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- оценкой состояния больного;</li> <li>- обследованием соматического статуса;</li> <li>- составлением родословной;</li> <li>- проведением полного неврологического осмотра (сознание, состояние ЧН, оценка двигательной системы, чувствительных расстройств, координаторной системы, обонятельные симптомы, высшие психические функции);</li> <li>- оценкой нейропсихологического статуса: проведением и оценкой нейропсихологического тестирования (речь, праксис, гнозис, письмо, чтение, счет, ориентировка в пространстве, память, мышление);</li> <li>- постановкой топического диагноза поражения центральной и периферической нервной системы;</li> <li>- оценкой результатов лабораторной диагностики (биохимического анализа крови, коагулограммы, липидограммы, анализа ликвора, анализов мочи);</li> <li>- интерпретацией результатов офтальмологического исследования (осмотра глазного дна, периметрии);</li> <li>- оценкой результатов аудиометрии, камертоновых, врачебных проб;</li> <li>- оценкой результатов рентгенологических исследований (краниограмм, спондилограмм);</li> <li>- интерпретацией результатов КТ головного мозга и позвоночника, КТ-ангиографии;</li> <li>- интерпретацией результатов МРТ головного мозга и позвоночника, МР-ангиографии;</li> </ul>		
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- оценкой результатов электроэнцефалографии, ЭЭГ-мониторинга;</li> <li>- оценкой результатов электронейромиографии, декремент-теста, вибро-теста, зрительных вызванных потенциалов;</li> <li>- оценкой результатов транскраниальной доплерографии и дуплексного сканирования сосудов головы и шеи; УЗДГ-мониторинга;</li> <li>- методикой проведения люмбальной пункции;</li> <li>- методикой проведения новокаиновых блокад при болевых синдромах (паравертебральных, блокады грушевидной мышцы);</li> <li>- составлением индивидуальной программы реабилитации;</li> <li>- составлением программы физиотерапии при различных неврологических заболеваниях;</li> <li>- составлением и оформлением карты санаторно-курортного лечения;</li> <li>- проведением неотложных мероприятий при обмороке;</li> <li>- методикой оказания первой врачебной помощи при эпилептическом припадке, эпилептическом статусе;</li> <li>- методикой проведения тромболитической терапии при ишемическом инсульте;</li> <li>- диагностировать и оказать врачебную помощь при остром нарушении мозгового кровоснабжения.;</li> <li>- диагностировать и оказать врачебную помощь при панической атаке;</li> <li>- диагностировать и оказать врачебную помощь при гипертоническом кризе, инфаркте миокарда;</li> <li>- диагностировать и оказать врачебную помощь при тромбоэмболии легочной артерии</li> <li>- диагностировать и оказать первую врачебную помощь при коме (в том числе провести дифференциальный диагноз между церебральной и соматической комой);</li> <li>- диагностировать и оказать врачебную помощь при дислокационном синдроме;</li> <li>- диагностировать и оказать врачебную помощь при слабости дыхательной мускулатуры;</li> <li>- диагностировать и оказать врачебную помощь при различных вариантах аллергических реакций;</li> <li>- диагностировать и оказать врачебную помощь при черепно-мозговой и спинальной травме, спинальном шоке;</li> <li>- диагностировать и оказать врачебную помощь при остром нейроинфекционном заболевании</li> <li>- оказать первую врачебную помощь при остром болевом синдроме;</li> <li>- диагностировать и оказать врачебную помощь при острой интоксикации алкоголем и его суррогатами, психотропными препаратами</li> <li>- оказать первую врачебную помощь при психомоторном возбуждении различного генеза</li> </ul>		
2	<b>Раздел 2. Частная неврология</b>	УК-1 УК-2 УК-3	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;</li> </ul>	Тестовые задания	50

		<p>ПК-1 - общие вопросы организации неврологической помощи</p> <p>ПК-2 в стране, работу больнично-поликлинических учреждений,</p> <p>ПК-4 организацию работы скорой и неотложной помощи;</p> <p>ПК-5 - причины и механизмы развития болезней, сущность</p> <p>ПК-6 функциональных и морфологических процессов и их клинические проявления при заболеваниях нервной системы у</p> <p>ПК-7 пациентов различных возрастных групп;</p> <p>ПК-8 - основы фармакотерапии нервных болезней, фармако-</p> <p>ПК-9 динамику и фармакинетику основных групп лекарственных средств, осложнения лекарственной терапии и их коррекцию;</p> <p>ПК-10 - основы иммунологии и реактивности организма и клинической генетики;</p> <p>ПК-11 - организацию службы скорой медицинской помощи и интенсивной терапии;</p> <p>ПК-12 - основы немедикаментозной терапии: физиотерапии, ЛФК и санаторно-курортного лечения;</p> <p>- основы рационального питания здоровых и больных;</p> <p>- противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции;</p> <p>- МСЭ при нервных болезнях;</p> <p>- диспансерное наблюдение за здоровыми и больными;</p> <p>- формы и методы санитарно-просветительной работы;</p> <p>- особенности течения, диагностики и лечения неврологических заболеваний в пожилом и старческом возрасте.</p> <p>- симптоматиологию заболеваний нервной системы;</p> <p>- дифференциально-диагностическую значимость основных симптомов и синдромов</p> <p>- современную классификацию болезней и причин смерти;</p> <p>- диагностическую значимость (в том числе специфичность, чувствительность) результатов дополнительных методов исследования;</p> <p>- правила оформления клинического диагноза;</p> <p>- особенности течения и диагноза заболеваний нервной системы в зависимости от возраста и пола.</p> <p>- этиологию, патогенез, патофизиологию, клиническую картину, ближайший и отдаленный прогноз заболеваний (сосудистых, опухолевых, травматических, инфекционных, демиелинизирующих, дегенеративных, наследственных) нервной системы, а также основных инфекционных заболеваний;</p> <p>- фармакодинамику и фармакокинетику лекарств, показания и противопоказания, признаки терапевтического и побочного действия, взаимодействие лекарств в организме;</p> <p>- методы и принципы начального и поддерживающего лечения и комбинированной фармакотерапии, оценку пользы и риска при применении лекарств;</p> <p>- возможности неотложной клинической диагностики острых осложнений неврологических заболеваний, включая пограничные ситуации хирургического, терапевтического, инфекционного, интоксикационного профиля;</p> <p>- физиологические, биохимические, морфологические основы неотложных состояний;</p>	<p>Комплект вопросов для собеседования</p> <p>Комплект ситуационных задач</p>	<p>63</p> <p>24</p>
--	--	--	---	---------------------

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- методы специфического (причинной) и неспецифического физического медикаментозного лечения неотложных состояний, возможности и направления первой врачебной помощи;</li> <li>- методы предупреждения осложнений и неотложных состояний при хронических заболеваниях.</li> <li>- формы и методы санитарно-просветительной работы.</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- провести всестороннее клиническое обследование больного, и на этом основании определить: предварительный диагноз, тяжесть состояния, неотложные мероприятия, план дополнительного обследования, в том числе консультации других специалистов, лабораторные и инструментальные исследования, избегая необоснованных и опасных, показания и сроки госпитализации, трудоспособность;</li> <li>- верифицировать и/или уточнить направленный диагноз у больных, поступивших в стационар или на прием в поликлинику;</li> <li>- использовать деонтологические навыки в целях установления положительного психологического контакта с больными;</li> <li>- определить тактику ведения больного в зависимости от характера и тяжести заболевания: только наблюдение, начальная терапия на первые 24 часа, неотложная терапия острого состояния, приглашение других специалистов, госпитализация или перемещение больного в другое отделение.</li> </ul> <p><i>квалифицированно осуществлять:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- эффективное и безопасное лечение больных, в том числе постоянное самостоятельное лечение и наблюдение хронических больных, а также первичную и вторичную профилактику болезней;</li> <li>- плановое комплексное лечение больных, используя режим, диету, физиотерапию, медикаменты, и осуществлять динамический контроль за состоянием больного, эффективностью и переносимостью назначенного лечения, и при необходимости проводить его коррекцию (изменение дозы и способа введения медикаментов, замена последних).</li> <li>- осуществлять диагностику и квалификационную врачебную помощь при неотложных состояниях в стационарных и амбулаторных условиях, в том числе;</li> <li>- клинически идентифицировать вид и степень тяжести неотложного состояния;</li> <li>- определить тактику ведения больного: самостоятельное оказание врачебной помощи в полном объеме; начать лечение и вызвать на консультацию соответствующего врача-специалиста;</li> <li>- провести в случае необходимости непрямой массаж сердца и искусственное дыхание, инфузионную терапию;</li> <li>- провести экстренную медикаментозную терапию по показаниям (антибиотики, анальгетики, антиконвульсанты, вазопрессоры, бронхолитики, гормональные препараты, антитоксические при отравлениях, гемостатические и др.);</li> <li>- профилактику аспирации, пролежней, травм, интеркуррентных инфекций;</li> </ul>		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- динамическое наблюдение за состоянием жизненно важных функций организма;</li> <li>- установить показания для применения методов реанимации (электроимпульсивной терапии, вспомогательного дыхания, экстракорпорального очищения крови, коррекции электролитного и кислотно-основного состояния крови);</li> <li>- оценить состояние и выделить ведущие синдромы у больных (пострадавших), находящихся в терминальном и тяжелом состоянии;</li> <li>- проводить санитарно-просветительную работу среди населения;</li> <li>- оформить медицинскую документацию.</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- оценкой состояния больного;</li> <li>- обследованием соматического статуса;</li> <li>- составлением родословной;</li> <li>- проведением полного неврологического осмотра (сознание, состояние ЧН, оценка двигательной системы, чувствительных расстройств, координаторной системы, обонятельные симптомы, высшие психические функции);</li> <li>- оценкой нейропсихологического статуса: проведением и оценкой нейропсихологического тестирования (речь, праксис, гнозис, письмо, чтение, счет, ориентировка в пространстве, память, мышление);</li> <li>- постановкой топического диагноза поражения центральной и периферической нервной системы;</li> <li>- оценкой результатов лабораторной диагностики (биохимического анализа крови, коагулограммы, липидограммы, анализа ликвора, анализов мочи);</li> <li>- интерпретацией результатов офтальмологического исследования (осмотра глазного дна, периметрии);</li> <li>- оценкой результатов аудиометрии, камертоновых, раздражительных проб;</li> <li>- оценкой результатов рентгенологических исследований (краниограмм, спондилограмм);</li> <li>- интерпретацией результатов КТ головного мозга и позвоночника, КТ-ангиографии;</li> <li>- интерпретацией результатов МРТ головного мозга и позвоночника, МР-ангиографии;</li> <li>- оценкой результатов электроэнцефалографии, ЭЭГ-мониторинга;</li> <li>- оценкой результатов электронейромиографии, декремент-теста, вибро-теста, зрительных вызванных потенциалов;</li> <li>- оценкой результатов транскраниальной доплерографии и дуплексного сканирования сосудов головы и шеи; УЗДГ-мониторинга;</li> <li>- методикой проведения люмбальной пункции;</li> <li>- методикой проведения новокаиновых блокад при болевых синдромах (паравертебральных, блокады грушевидной мышцы);</li> <li>- составлением индивидуальной программы реабилитации;</li> <li>- составлением программы физиотерапии при различных неврологических заболеваниях;</li> </ul>		
--	--	---	--	--



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- составлением и оформлением карты санаторно-курортного лечения;</li> <li>- проведением неотложных мероприятий при обмороке;</li> <li>- методикой оказания первой врачебной помощи при эпилептическом припадке, эпилептическом статусе;</li> <li>- методикой проведения тромболитической терапии при ишемическом инсульте;</li> <li>- диагностировать и оказать врачебную помощь при остром нарушении мозгового кровоснабжения.;</li> <li>- диагностировать и оказать врачебную помощь при панической атаке;</li> <li>- диагностировать и оказать врачебную помощь при при гипертоническом кризе, инфаркте миокарда;</li> <li>- диагностировать и оказать врачебную помощь при тромбозах легочной артерии</li> <li>- диагностировать и оказать первую врачебную помощь при коме (в том числе провести дифференциальный диагноз между церебральной и соматической комой);</li> <li>- диагностировать и оказать врачебную помощь при дислокационном синдроме;</li> <li>- диагностировать и оказать врачебную помощь при слабости дыхательной мускулатуры;</li> <li>- диагностировать и оказать врачебную помощь при различных вариантах аллергических реакций;</li> <li>- диагностировать и оказать врачебную помощь при черепно-мозговой и спинальной травме, спинальном шоке;</li> <li>- диагностировать и оказать врачебную помощь при остром нейроинфекционном заболевании</li> <li>- оказать первую врачебную помощь при остром болевом синдроме;</li> <li>- диагностировать и оказать врачебную помощь при острой интоксикации алкоголем и его суррогатами, психотропными препаратами</li> <li>- оказать первую врачебную помощь при психомоторном возбуждении различного генеза</li> <li>- навыками организации контроля качества и осуществления предупредительных мероприятий по обеспечению качества лекарственных средств</li> </ul>		
--	--	--	--	--

## 2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

(полный перечень оценочных средств)

### 2.1. Тестовые задания по дисциплине

Выберите один правильный ответ:

№	Тестовые задания с вариантами ответов	Код компетенции, на формирование которой направлено тестовое задание
<b>Б1.Б.1</b>	<b>Раздел 1. Общая неврология</b>	
1.	ПРИ ПОРАЖЕНИИ ОТВОДЯЩЕГО НЕРВА ВОЗНИКАЕТ ПАРАЛИЧ <b>а) Наружной прямой мышцы</b> б) Верхней прямой мышцы в) Нижней прямой мышцы г) Нижней косой мышцы	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
2.	НЕУСТОЙЧИВОСТЬ В ПОЗЕ РОМБЕРГА ПРИ ЗАКРЫВАНИИ ГЛАЗ ЗНАЧИТЕЛЬНО УСИЛИВАЕТСЯ ПРИ <b>а) Сенситивной атаксии</b> б) Мозжечковой атаксии в) Вестибулярной атаксии г) Лобной атаксии	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
3.	ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЗРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ВОЗНИКАЕТ <b>а) Гомонимная гемианопсия</b> б) Биназальная гемианопсия в) Битемпоральная гемианопсия г) Нижнеквадрантная гемианопсия	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
4.	ОБОНЯТЕЛЬНЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: <b>а) Височной доли</b> б) Теменной доли в) Обонятельной луковицы г) Обонятельного бугорка	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
5.	ПОЛОВИННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОПЕРЕЧНИКА СПИННОГО МОЗГА (СИНДРОМ БРОУН-СЕКАРА) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЦЕНТРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ НА СТОРОНЕ ОЧАГА В СОЧЕТАНИИ: <b>а) С нарушением глубокой чувствительности на стороне очага</b> б) С нарушением всех видов чувствительности на противоположной стороне в) С нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага г) С нарушением всех видов чувствительности на стороне очага	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
6.	ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЧЕРВЯ МОЗЖЕЧКА НАБЛЮДАЕТСЯ АТАКСИЯ: <b>а) Статическая</b> б) Динамическая в) Вестибулярная г) Сенситивная	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

7.	<p>ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ПРОВОДНИКОВЫХ РАССТРОЙСТВ БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НА УРОВНЕ ТН 10 ДЕРМАТОМА ПРИ ПОРАЖЕНИИ СПИННОГО МОЗГА НА УРОВНЕ СЕГМЕНТА:</p> <p>а) Th8 или Th9  б) Th6 или Th7  в) Th9 или Th10  г) Th10 или Th11</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
8.	<p>ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОМ ПАРЕЗЕ ЛЕВОГО ЛИЦЕВОГО НЕРВА, СХОДЯЩЕМСЯ КОСОГЛАЗИИ ЗА СЧЕТ ЛЕВОГО ГЛАЗА, ГИПЕРЕСТЕЗИИ В СРЕДНЕЙ ЗОНЕ ЗЕЛЬДЕРА СЛЕВА, ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕФЛЕКСАХ СПРАВА ОЧАГ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:</p> <p>а) В мосту мозга слева  б) В левом мостомозжечковом углу  в) В правом полушарии мозжечка  г) В области верхушки пирамиды левой височной кости</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
9.	<p>СОЧЕТАНИЕ БОЛИ И ГЕРПЕТИЧЕСКИХ ВЫСЫПАНИЙ В НАРУЖНОМ СЛУХОВОМ ПРОХОДЕ И НА УШНОЙ РАКОВИНЕ, НАРУШЕНИЕ СЛУХОВОЙ И ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ФУНКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ УЗЛА:</p> <p>а) Коленчатого  б) Вестибулярного  в) Крылонебного  г) Гассерова</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
10.	<p>АЛЕКСИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ:</p> <p>а) Угловой извилины  б) Верхней лобной извилины  в) Парагиппокампальной извилины  г) Таламуса</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
11.	<p>ПОРАЖЕНИЕ КОНСКОГО ХВОСТА СПИННОГО МОЗГА СОПРОВОЖДАЕТСЯ:</p> <p>а) Вялым парезом ног и нарушение чувствительности по корешковому пути  б) Спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами  в) Нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи  г) Спастическим парезом ног без расстройства чувствительности и нарушением функции тазовых органов</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
12.	<p>ИСТИННЫЙ АСТЕРЕОГНОЗ ОБУСЛОВЛЕН ПОРАЖЕНИЕМ:</p> <p>а) Теменной доли  б) Лобной доли  в) Височной доли  г) Затылочной доли</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
13.	<p>ВЫПАДЕНИЕ ВЕРХНИХ КВАДРАНТОВ ПОЛЕЙ ЗРЕНИЯ НАСТУПАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ:</p> <p>а) Язычной извилины  б) Глубинных отделов теменной доли  в) Первичных зрительных центров в таламусе  г) Наружных отделов зрительного перекреста</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
14.	<p>БОЛЬНОЙ СО ЗРИТЕЛЬНОЙ АГНОЗИЕЙ:</p> <p>а) Видит предметы, но не узнает их  б) Плохо видит окружающие предметы, но узнает их  в) Видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной  г) Не видит предметы по периферии полей зрения</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

15.	БОЛЬНОЙ С МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ: а) Понимает обращенную речь, но не может говорить б) Не понимает обращенную речь и не может говорить в) Может говорить, но не понимает обращенную речь г) Может говорить, но речь скандированная	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
16.	АМНЕСТИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: а) Стыка височной и теменной долей б) Лобной доли в) Теменной доли г) Стыка лобной и теменной долей	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
17.	СОЧЕТАНИЕ ПАРЕЗА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ МЯГКОГО НЕБА, ОТКЛОНЕНИЯ ЯЗЫЧКА ВПРАВО, ПОВЫШЕНИЯ СУХОЖИЛЬНЫХ РЕФЛЕКСОВ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕФЛЕКСОВ НА ПРАВЫХ КОНЕЧНОСТЯХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПОРАЖЕНИИ: а) Продолговатого мозга на уровне двигательного ядра IX и X нервов слева б) Продолговатого мозга на уровне X нерва слева в) Колена внутренней капсулы слева г) Заднего бедра внутренней капсулы слева	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
18.	КОМПРЕССИОННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО НЕРВА СОПРОВОЖДАЕТСЯ: а) Болями по медиальной поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра б) Болями по задней поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра в) Болями по передней поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра г) Болями по наружной поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
19.	ХВАТАТЕЛЬНЫЙ РЕФЛЕКС (ЯНИШЕВСКОГО) ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: а) Лобной доли б) Теменной доли в) Височной доли г) Затылочной доли	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
20.	ДЕЦЕРЕБРАЦИОННАЯ РИГИДНОСТЬ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ СТВОЛА МОЗГА НА УРОВНЕ: а) Красных ядер б) Верхних отделов продолговатого мозга в) Нижних отделов продолговатого мозга г) Моста мозга	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
21.	АЛЬТЕРНИРУЮЩИЙ СИНДРОМ ФОВИЛЛЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОДНОВРЕМЕННЫМ ВОВЛЕЧЕНИЕМ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС НЕРВОВ: а) Лицевого и отводящего б) Лицевого и глазодвигательного в) Языкоглоточного и блуждающего г) Подъязычного и добавочного	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
22.	КОНСТРУКТИВНАЯ АПРАКСИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: а) Теменной доли доминантного полушария б) Теменной доли недоминантного полушария в) Лобной доли доминантного полушария г) Лобной доли недоминантного полушария	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

23.	<p>РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ ТИПА КОРСАКОВСКОГО СИНДРОМА ВОЗНИКАЮТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ:</p> <p>а) Медио-базальных отделов височной доли</p> <p>б) Верхних отделов теменной доли</p> <p>в) Верхних отделов затылочной доли</p> <p>г) Нижних отделов лобной доли</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
24.	<p>АСТЕРЕОГНОЗ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ:</p> <p>а) Верхней теменной дольки</p> <p>б) Язычной извилины теменной доли</p> <p>в) Нижней лобной извилины</p> <p>г) Верхней височной извилины</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
25.	<p>ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ПАРЕЗ ЛЕВОЙ РУКИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА:</p> <p>а) В среднем отделе передней центральной извилины справа</p> <p>б) В колоне внутренней капсулы</p> <p>в) В нижних отделах передней центральной извилины слева</p> <p>г) В верхних отделах передней центральной извилины слева</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
26.	<p>СУДОРОЖНЫЙ ПРИПАДОК НАЧИНАЕТСЯ С ПАЛЬЦЕВ ЛЕВОЙ НОГИ В СЛУЧАЕ РАСПОЛОЖЕНИЯ ОЧАГА:</p> <p>а) В верхнем отделе передней центральной извилины справа</p> <p>б) В переднем адверсивном поле справа</p> <p>в) В верхнем отделе задней центральной извилины справа</p> <p>г) В нижнем отделе передней центральной извилины справа</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
27.	<p>ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ПИЛОМОТОРНОГО РЕФЛЕКСА ИМЕЮТ ТОПИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ПОРАЖЕНИИ:</p> <p>а) Спинного мозга</p> <p>б) Гипоталамуса</p> <p>в) Продолговатого мозга</p> <p>г) Четверохолмия</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
28.	<p>ПОЛУШАРНЫЙ ПАРЕЗ ВЗОРА (БОЛЬНОЙ СМОТРИТ НА ОЧАГ ПОРАЖЕНИЯ) СВЯЗАН С ПОРАЖЕНИЕМ</p> <p>а) Лобной доли</p> <p>б) Височной доли</p> <p>в) Теменной доли</p> <p>г) Затылочной доли</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
29.	<p>БОЛЬНОЙ С СЕНСОРНОЙ АФАЗИЕЙ:</p> <p>а) Не понимает обращенную речь и не контролирует собственную</p> <p>б) Не понимает обращенную речь, но контролирует собственную речь</p> <p>в) Может говорить, но забывает название предметов</p> <p>г) Понимает обращенную речь, но не может говорить</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
30.	<p>СОЧЕТАНИЕ НАРУШЕНИЯ ГЛОТАНИЯ И ФОНАЦИИ, ДИЗАРТИИ, ПАРЕЗА МЯГКОГО НЕБА, ОТСУТСТВИЯ ГЛОТочноГО РЕФЛЕКСА И ТЕТРАПАРЕЗА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПОРАЖЕНИИ:</p> <p>а) Продолговатого мозга</p> <p>б) Покрышки среднего мозга</p> <p>в) Моста мозга</p> <p>г) Моста мозга</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

31.	БИНАЗАЛЬНАЯ ГЕМИАНОПСИЯ НАСТУПАЕТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: а) Наружных отделов перекреста зрительных нервов б) Централных отделов перекреста зрительных нервов в) Зрительной лучистости г) Зрительных трактов	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
32.	ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОЙ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ПОРФИРИИ ЯВЛЯЕТСЯ: а) Красный цвет мочи б) Черный цвет кала в) Тяжесть вялых параличей конечностей г) Выраженность сенситивной атаксии	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
33.	ДЛЯ ПОЛИНЕВРОПАТИИ ГИЙЕНА — БАРРЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ БЕЛКОВО-КЛЕТОЧНОЙ ДИССОЦИАЦИИ В ЛИКВОРЕ: а) Со 2-й недели заболевания б) С 1-го дня заболевания в) С 3-го дня заболевания г) С 3-й недели заболевания	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
34.	К ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИМ ОТНОСЯТСЯ ПОЛИНЕВРОПАТИЯ: а) Гийена—Барре б) Диабетическая в) Порфирийная г) Алкогольная	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
35.	ДЛЯ НЕВРОПАТИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРНЫ: а) Снижение корнеального рефлекса б) Нарушение вкуса на задней трети языка в) Гипалгезия во внутренней зоне Зельдера г) Гипертрофия жевательной мускулатуры	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
36.	ПРИ КОХЛЕАРНОМ НЕВРИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ: а) Сочетанное снижение костной и воздушной проводимости б) Изолированное снижение воздушной проводимости в) Изолированное снижение костной проводимости г) Гиперакузия	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
37.	ПОРАЖЕНИЕ ЯДРА ПОДЪЯЗЫЧНОГО НЕРВА ОТ НАДЪЯДЕРНОГО ПОРАЖЕНИЯ ОТЛИЧАЕТСЯ НАЛИЧИЕМ: а) Фибрилляций мышц б) Дизартрии в) Ограничения подвижности языка г) Сопутствующего поражения блуждающего нерва	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
38.	ПРИ КЛАССИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА НАБЛЮДАЕТСЯ: а) Курковые зоны на лице б) Перманентный болевой синдром в) Гипалгезии на лице в области иннервации II и III ветвей тройничного нерва г) Психомоторное возбуждение во время приступа	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
39.	ДЛЯ НЕВРАЛГИИ ЗАТЫЛОЧНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРНЫ: а) Боль в области затылка с иррадиацией в надплечье б) Боль в околоушной области в) Болезненность при пальпации остистых отростков С3-С7 г) Напряжение мышц шеи	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

40.	<p>ДЛЯ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ МИЕЛОПАТИИ ХАРАКТЕРНЫ:</p> <p>а) Смешанный верхний парализ в сочетании со спастическим нижним парезом</p> <p>б) Выраженные расстройства тазовых функций</p> <p>в) Грубые атрофии мышц нижних конечностей</p> <p>г) Дизартрия, дисфагия, дисфония</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
41.	<p>АНОМАЛИЕЙ АРНОЛЬДА—КИАРИ НАЗЫВАЕТСЯ ПАТОЛОГИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ИМЕЕТСЯ:</p> <p>а) Смещение вниз миндалин мозжечка</p> <p>б) Сращение шейных позвонков</p> <p>в) Сращение I шейного позвонка с затылочной костью</p> <p>г) Расщепление дужки I шейного позвонка</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
42.	<p>ПРИ НЕВРАЛЬНОЙ АМИОТРОФИИ ШАРКО—МАРИ—ТУТА НАБЛЮДАЕТСЯ:</p> <p>а) Дистальная амиотрофия конечностей</p> <p>б) Проксимальная амиотрофия конечностей</p> <p>в) Амиотрофия туловища</p> <p>г) Псевдогипертрофия икроножных мышц</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
43.	<p>УЧАСТКОМ ВОЗМОЖНОЙ КОМПРЕССИИ СРЕДИННОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) «Плечевой канал»</p> <p>б) «Спиральный канал»</p> <p>в) Наружная межмышечная перегородка плеча</p> <p>г) Костно-фиброзный канал Гюйона</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
44.	<p>ПРИ НЕВРОПАТИИ ЛОКТЕВОГО НЕРВА НАБЛЮДАЕТСЯ:</p> <p>а) Невозможность приведения IV, V пальцев</p> <p>б) Невозможность отведения I пальца</p> <p>в) Нарушение чувствительности в области I, II пальцев кисти</p> <p>г) Невозможность разгибания кисти</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
45.	<p>ПРИЗНАКАМИ НЕВРОПАТИИ СРЕДИННОГО НЕРВА ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>а) Слабость I, II пальцев кисти</p> <p>б) Слабость IV и V пальцев кисти</p> <p>в) Снижение чувствительности на ладонной поверхности IV, V пальцев</p> <p>г) «Свисающая кисть»</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
46.	<p>ПРИ НЕВРОПАТИИ СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА НАБЛЮДАЕТСЯ:</p> <p>а) Выпадение ахиллова рефлекса</p> <p>б) Выпадение коленного рефлекса</p> <p>в) Гипестезия по наружной передней поверхности бедра</p> <p>г) Симптом Вассермана</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
47.	<p>ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЮТСЯ ЖАЛОБЫ:</p> <p>а) На короткие пароксизмы интенсивной боли, провоцирующиеся легким прикосновением к лицу</p> <p>б) На постоянные ноющие боли, захватывающие половину лиц</p> <p>в) На приступы нарастающей по интенсивности боли в области глаза, челюсти, зубов, сопровождающиеся усиленным слезо- и слюноотечением</p> <p>г) На длительные боли в области орбиты, угла глаза, сопровождающиеся нарушением остроты зрения</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

48.	<p>ДЛЯ БОЛЕЗНИ РЕКЛИНГХАУЗЕНА ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ НА КОЖЕ:</p> <p>а) «Кофейных» пятен</p> <p>б) Телеангиэктазий</p> <p>в) Витилиго</p> <p>г) Розеолезной сыпи</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
49.	<p>ПРОВОДНИКИ ПОВЕРХНОСТНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ТУЛОВИЩА И КОНЕЧНОСТЕЙ РАСПОЛАГАЮТСЯ В СПИННОМ МОЗГА</p> <p>а) Боковых столбах</p> <p>б) Задних столбах</p> <p>в) Передних столбах</p> <p>г) Медиальной петле</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
50.	<p>СПИННОЙ МОЗГ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ КОНИЧЕСКИМ ЗАОСТРЕНИЕМ НА УРОВНЕ _____ ПОЯСНИЧНОГО ПОЗВОНОЧНИКА</p> <p>а) Второго</p> <p>б) Третьего</p> <p>в) Четвертого</p> <p>г) Пятого</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
<b>Б1.Б.2</b>	<b>Раздел 2. Частная неврология</b>	
1.	<p>КАРОТИДНО-КАВЕРНОЗНОЕ СОУСТЬЕ ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ СТЕНКИ</p> <p>а) Кавернозной части внутренней сонной артерии</p> <p>б) Глазничной вены</p> <p>в) Трабекулярных артерий</p> <p>г) Яремной вены</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
2.	<p>МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОТКРЫТЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) Повреждение апоневроза</p> <p>б) Перелом костей черепа</p> <p>в) Ушиб головного мозга</p> <p>г) Повреждение твердой мозговой оболочки</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
3.	<p>ВЕЛИЧИНА ЛИКВОРНОГО ДАВЛЕНИЯ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ ММ ВОДНОГО СТОЛБА</p> <p>а) 120</p> <p>б) 100</p> <p>в) 80</p> <p>г) 210</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
4.	<p>ФЕНОМЕН КУШИНГА ПРИ ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>а) Артериальной гипертензией и брадикардией</p> <p>б) Артериальной гипотензией и тахикардией</p> <p>в) Низким венозным давлением и экстрасистолией</p> <p>г) Высоким содержанием белка в ликворе</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
5.	<p>ПРИ РЕЗКОМ ПОВЫШЕНИИ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ОПАСАТЬСЯ</p> <p>а) Дислокации ствола мозга</p> <p>б) Кровотечения</p> <p>в) Гипертермии</p> <p>г) Внутримозговой гематомы</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
6.	<p>ПРИЧИНОЙ ВАЗОГЕННОГО ОТЕКА МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) Нарушения гематоэнцефалического барьера</p> <p>б) Рефлекторный вазоспазм</p> <p>в) Гемодинамический эффект</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12



	г) Повышение внутричерепного давления	
7.	ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ПАРЕЗ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ а) Области передней центральной извилины б) Височной области в) Полюса лобной доли г) Мозолистого тела	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
8.	РАННИМ СИМПТОМОМ ОПУХОЛИ МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА ЯВЛЯЕТСЯ а) Шум в ухе б) Двусторонняя глухота в) Шум в голове г) Односторонняя глухота	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
9.	ПОРАЖЕНИЕ VII НЕРВА ПРИ ОПУХОЛИ МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА ВЫЗЫВАЕТ а) Периферический ипсилатеральный парез мимических мышц б) Центральный контралатеральный парез мимических мышц в) Гипестезию на ипсилатеральной половине лица г) Снижение вкуса на задней трети языка	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
10.	ЧАСТЫМИ ЖАЛОБАМИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЮТСЯ а) Головные боли, потливость, слабость, зрительные нарушения, расстройство половых функций б) Нарушение сна, нижний парапарез, дисфагия в) Головная боль, тошнота, дисфония г) Головная боль, парезы верхних конечностей, джексоновские припадки	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
11.	ЗРИТЕЛЬНЫМИ СИМПТОМАМИ ОПУХОЛЕЙ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЮТСЯ а) Битемпоральная гемианопсия б) Биназальная гемианопсия в) Амавроз г) Квадрантная гемианопсия	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
12.	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ КРАНИОФАРИНГИОМАХ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ а) Обызвествлением опухоли или ее капсулы б) Платибазией или базиллярной импрессией в) Признаками гидроцефально-гипертензионного синдрома г) Остеодистрофией костей свода черепа	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
13.	КРАНИОФАРИНГИОМЫ РАЗВИВАЮТСЯ ИЗ а) Кармана Ратке б) Аденогипофиза в) Дна III желудочка г) Нейрогипофиза	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
14.	К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЭНДОКРИННО-ОБМЕННЫМ НАРУШЕНИЯМ ПРИ КРАНИОФАРИНГИОМАХ У ВЗРОСЛЫХ ОТНОСЯТСЯ а) Импотенция или аменорея б) Несахарный диабет в) Адипозо-генитальный синдром г) Гипотензия	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
15.	К ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫМ ОПУХОЛЯМ СПИННОГО МОЗГА ОТНОСЯТСЯ а) Эпендимомы б) Невриномы	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8,

	<p>в) Менингиомы г) Шванномы</p>	ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
16.	<p>ОПУХОЛИ МОЗГОВОГО КОНУСА СПИННОГО МОЗГА ВЫЗЫВАЮТ</p> <p>а) Недержание мочи б) Боли в одной ноге в) Задержку мочи г) Боли в межлопаточной области</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
17.	<p>СИМПТОМ «ОСТИСТОГО ОТРОСТКА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ</p> <p>а) Локальную болезненность при надавливании и постукивании по остистому отростку позвонка б) Боль в ногах при перкуссии остистых отростков позвонков в) Локальные боли в спине после нагрузки по оси позвоночника г) Боли при ходьбе с иррадиацией в конечности</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
18.	<p>ПРИ ПАРКИНСОНИЗМЕ ПОРАЖАЕТСЯ</p> <p>а) Черная субстанция б) Красное ядро в) Прецентральная извилина г) Мозжечок</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
19.	<p>ПРИ УРОВНЕ В КРОВИ КРЕАТИНФОСФОКИНАЗЫ, ПРЕВЫШАЮЩЕМ НОРМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ В 40-50 РАЗ, СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ</p> <p>а) Лице-лопаточно-плечевую мышечную дистрофию б) Диабетическую полиневропатию в) Генерализованную миастению г) Ревматическую полимиалгию</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
20.	<p>ТИПОМ НАСЛЕДОВАНИЯ АТАКСИИ ФРИДРАЙХА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) Аутосомно-рецессивный б) Аутосомно-доминантный в) Х-сцепленный г) Полигенный</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
21.	<p>К СИМПТОМАМ ГЕПАТОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ ОТНОСЯТ</p> <p>а) Кольцо Кайзера-Флейшера б) Атрофию зрительного нерва в) Помутнение хрусталика г) Отек дисков зрительных нервов</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
22.	<p>ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ МИАСТЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) Образование антител к ацетилхолиновым рецепторам постсинаптической мембраны б) Гипопродукция ацетилхолинэстеразы в) Образование антител к миелину г) Гиперпродукция ацетилхолина</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
23.	<p>ДОМИНИРУЮЩИМИ СИМПТОМАМИ ОСТРОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) Общемозговые (головная боль, тошнота, рвота, нарушения сознания, эпилептические припадки) б) Очаговые «полушарные» (гемипарезы, афазия, гемианопсия) в) Мозжечковые (расстройство координации движений, нистагм)</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

	г) Характерные для поражения черепных нервов (диплопия, прозопарез, монокулярное снижение зрения, скотомы)	
24.	ОСОБОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К ИШЕМИИ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ ОБЛАДАЮТ а) Гиппокамп, кора больших полушарий и кора мозжечка б) Продолговатый мозг и черепные нервы в) Передние отделы варолиева моста и среднего мозга г) Базальные ганглии и внутренняя капсула	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
25.	ТИПИЧНЫЙ ДЛЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ОЧАГ В СПИННОМ МОЗГЕ ПО ДАННЫМ МЕГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ЗАНИМАЕТ ПО ДЛИНЕ _____ СЕГМЕНТОВ а) Два или менее б) Три или менее в) Четыре или более г) Пять или более	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
26.	ВОЗБУДИТЕЛЕМ СЕРОЗНОГО МЕНИНГИТА МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ а) Вирус простого герпеса 1 типа б) Пневмококк в) Гемофильная палочка г) Менингококк	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
27.	У ПАЦИЕНТА, У КОТОРОГО РАЗВИЛСЯ ВТОРИЧНЫЙ ГНОЙНЫЙ МЕНИНГИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОТИТА И СИСУСИТА, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ МЕНИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ а) Пневмококк б) Менингококк в) Вирус простого герпеса г) Стафилококк	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
28.	ПСЕВДОБУЛЬБАРНЫЙ СИНДРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ СОЧЕТАННОМ ПОРАЖЕНИИ _____ ПОЛУШАРИЯ а) Пирамидных путей доминантного и недоминантного б) Пирамидных и мозжечковых путей доминантного в) Чувствительных и мозжечковых путей недоминантного г) Чувствительных и экстрапирамидных путей доминантного	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
29.	ГЛАВНОЙ ПРИЧИНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С НАРУШЕНИЕМ РИТМА ЯВЛЯЕТСЯ а) Снижение системного перфузионного давления б) Повышение вязкости крови в) Повышение активности свертывающей системы г) Ухудшение реологических свойств крови	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
30.	СИНДРОМ ВАЛЛЕНБЕРГА-ЗАХАРЧЕНКО ВОЗНИКАЕТ ПРИ ОККЛЮЗИИ а) Нижней задней артерии мозжечка б) Коротких циркулярных артерий варолиева моста в) Длинных циркулярных артерий продолговатого мозга г) Парамедианных артерий среднего мозга	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
31.	ПРИ ГНОЙНОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ В АНАЛИЗЕ ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЯВЛЯЕТСЯ а) Нейтрофильный плеоцитоз б) Лимфоцитарный плеоцитоз в) Снижение содержания белка г) Повышение содержания глюкозы	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

32.	ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МУЛЬТИФОКАЛЬНОЙ ЛЕЙКОЭНЦЕФАЛОПАТИИ СЧИТАЕТСЯ а) <b>JS вирус</b> б) Вирус гриппа А в) ВИЧ г) Менингококк	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
33.	СИНДРОМ АКРОМЕГАЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ ГИПЕРПРОДУКЦИИ ГИПОФИЗОМ _____ ГОРМОНА а) <b>Соматотропного</b> б) Гонадотропного в) Адrenокортикотропного г) Тиреотропного	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
34.	ПРИ СОТРЯСЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧАСТО ОТМЕЧАЕТСЯ а) <b>Головная боль</b> б) Мозжечковая атаксия в) Гемигипестезия г) Гемиплегия	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
35.	ПРОВОДНИКИ ПОВЕРХНОСТНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ТУЛОВИЩА И КОНЕЧНОСТЕЙ РАСПОЛАГАЮТСЯ В СПИННОМ МОЗГЕ В а) <b>Боковых столбах</b> б) Задних столбах в) Передних столбах г) Медиальной петле	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
36.	СПИННОЙ МОЗГ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ КОНИЧЕСКИМ ЗАОСТРЕНИЕМ НА УРОВНЕ _____ ПОЯСНИЧНОГО ПОЗВОНКА а) <b>Второго</b> б) Третьего в) Четвертого г) Пятого	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
37.	СПИННОЙ МОЗГ ИМЕЕТ _____ УТОЛЩЕНИЙ а) <b>Два</b> б) Три в) Четыре г) Пять	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
38.	В ФОРМИРОВАНИИ БЕДРЕННОГО НЕРВА УЧАСТВУЮТ КОРЕШКИ СПИННО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ а) <b>L2, L3, L4</b> б) L1, L2, L3 в) L3, L4, L5 г) L4, L5, L6	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
39.	ВОЗНИКНОВЕНИЕ СКОТОМ СВЯЗАНО, КАК ПРАВИЛО, С ПОРАЖЕНИЕМ а) <b>Зрительного нерва</b> б) Хиазмы в) Латерального коленчатого тела г) Зрительного бугра	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
40.	ЦЕНТРАЛЬНЫЕ СКОТОМЫ ЧАСТО СОЧЕТАЮТСЯ С а) <b>Снижением остроты зрения</b> б) Нарушением цветоощущения в) Битемпоральной гемианопсией г) Диплопией	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

41.	<p>ДЛЯ ГЕМИАНОПСИИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЗРИТЕЛЬНОЙ ЛУЧИСТОСТИ ХАРАКТЕРНО</p> <p>а) Сохранное центральное зрение  б) Амблиопия  в) Атрофия зрительных нервов  г) Застойные диски зрительных нервов</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
42.	<p>ДВОЕНИЕ В ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ</p> <p>а) Глазодвигательного нерва  б) Отводящего нерва  в) Блокового нерва  г) Заднего продольного пучка</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
43.	<p>К ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫМ РАССТРОЙСТВАМ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ОТВОДЯЩЕГО НЕРВА ОТНОСЯТСЯ</p> <p>а) Сходящееся косоглазие  б) Расходящееся косоглазие  в) Паралич конвергенции  г) Мидриаз</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
44.	<p>НАРУШЕНИЕ КОНВЕРГЕНЦИИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ</p> <p>а) Глазодвигательного нерва  б) Блокового нерва  в) Отводящего нерва  г) Пластинки четверохолмия</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
45.	<p>ПАРЕЗ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ _____ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА</p> <p>а) III ветви  б) II ветви  в) I ветви  г) Спинального ядра</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
46.	<p>ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ ПРИ ПОРАЖЕНИИ VIII ЧЕРПНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СОЧЕТАНИЕМ С</p> <p>а) Нистагмом, тошнотой и атаксией  б) Дисфагией, дисфонией и дизартрией  в) Диплопией, парезом конвергенции и птозом  г) Снижением зрения</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
47.	<p>БОЛЬШЕБЕРЦОВЫЙ НЕРВ В ОСНОВНОМ СОСТОИТ ИЗ ВОЛОКОН КОРЕШКОВ СПИННО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ</p> <p>а) L5 - S1  б) L3 - L4  в) L4 - L5  г) L2 - L3</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
48.	<p>КАРОТИДНО-КАВЕРНОЗНОЕ СОУСТЬЕ ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ СТЕНКИ</p> <p>а) Кавернозной части внутренней сонной артерии  б) Глазничной вены  в) Трабекулярных артерий  г) Яремной вены</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
49.	<p>ФЕНОМЕН КУШИНГА ПРИ ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>а) Артериальной гипертензией и брадикардией  б) Артериальной гипотензией и тахикардией  в) Низким венозным давлением и экстрасистолией  г) Высоким содержанием белка в ликворе</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

50.	ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ПАРЕЗ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ а) Области передней центральной извилины б) Височной области в) Полюса лобной доли г) Мозолистого тела	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
-----	--	---

## 2.2. Вопросы для собеседования по дисциплине

### Раздел 1. Общая неврология

- 1) Физиология и структура нейрона. Физиология и функции глии. Физиология гематоэнцефалического барьера (ГЭБ).
- 2) Современные представления о медиаторах и медиаторных системах. Основы нейрохимии центральной, периферической нервной системы, спинного мозга.
- 3) Основные группы лекарственных средств, применяемых в неврологии.
- 4) Понятие о гене, хромосоме, хромосомный набор человека. Особенности митоза и мейоза. Мутация.
- 5) Экспрессивность и пенетрантность наследственного признака Генетическая гетерогенность. Здоровый образ жизни
- 6) Высшие мозговые (психические) функции и методы их исследования.
- 7) Клинико-нейрофизиологические методы исследования: ЭЭГ, ЭхоЭС
- 8) ЭНМГ, вызванные потенциалы, ТКДГ+ДС, рентгенодиагностика
- 9) Лабораторные методы исследования в неврологии. Биохимические исследования крови
- 10) Исследование ликвора. Показатели медиаторного обмена
- 11) Нейровизуализационные методы исследования: КТ головного мозга и позвоночника
- 12) Нейровизуализационные методы исследования: МРТ головного мозга и позвоночника. Ангиография
- 13) Движения, их виды. Системная организация произвольных движений.
- 14) Пирамидная система. Клинические признаки поражения центрального мотонейрона на различных уровнях.
- 15) Симптомы и синдромы поражения периферического двигательного нейрона.
- 16) Экстрапирамидная система. Акинетико-ригидный синдром.
- 17) Экстрапирамидная система. Гиперкинезы
- 18) Проводники поверхностной и глубокой чувствительности. Типы и виды чувствительных расстройств.
- 19) Современные представления о механизмах боли. Ноцицептивная и антиноцицептивная системы.
- 20) Анатомо-физиологическая характеристика мозжечка. Координация движений. Проводящие пути мозжечка. Симптомы поражения мозжечка
- 21) Атаксии, дифференциальный диагноз.
- 22) Синдромы поражения 1 и 2 пар черепных нервов
- 23) Синдромы поражения 3,4,6 пар черепных нервов
- 24) Синдромы поражения 5 пары черепных нервов
- 25) Синдромы поражения 7 пары черепных нервов
- 26) Синдромы поражения лобной доли.
- 27) Синдромы поражения теменной доли.
- 28) Синдромы поражения височной доли.
- 29) Синдромы поражения затылочной доли.
- 30) Синдромы поражения внутренней капсулы.
- 31) Синдромы поражения таламуса.
- 32) Альтернирующие синдромы: общее представление. Альтернирующие синдромы при поражении среднего мозга, варолиева моста, продолговатого мозга.
- 33) Бульбарный и псевдобульбарный синдромы.
- 34) Синдром полного поперечного поражения спинного мозга.
- 35) Синдром Броун-Секара.
- 36) Синдром полного поперечного поражения спинного мозга на уровне С1-С4.

- 37) Синдром полного поперечного поражения спинного мозга на уровне шейного утолщения.
- 38) Синдром полного поперечного поражения спинного мозга на грудном уровне.
- 39) Синдром полного поперечного поражения спинного мозга на уровне поясничного утолщения.
- 40) Синдромы поражения эпиконуса и конуса спинного мозга.
- 41) Клиника поражения корешков конского хвоста.
- 42) Клиника поражения плечевого сплетения.
- 43) Клиника поражения срединного нерва.
- 44) Клиника поражения локтевого нерва.
- 45) Клиника поражения лучевого нерва.
- 46) Клиника поражения седалищного нерва.
- 47) Клиника поражения бедренного нерва.
- 48) Синдромы поражения поясничного сплетения
- 49) Поражение нервной системы при сахарном диабете. Классификация. Клинические проявления, диагностика, лечение.
- 50) Неврологические синдромы при гипертиреозе и гипотиреозе. Клиника, диагностика, лечение.
- 51) Поражение нервной системы при гипо- и гиперпаратиреозе.
- 52) Поражение нервной системы при болезнях надпочечников.
- 53) Поражение нервной системы при ХПН. Клиника, диагностика, лечение
- 54) Биомеханика позвоночника в норме и при патологии. Классификация дорсалгий.
- 55) Компрессионные и рефлекторные синдромы. Миелопатия
- 56) Миофасциальный синдром.
- 57) Фибромиалгия. Критерии диагностики.
- 58) Неспецифические скелетно-мышечные боли в спине. Этиология. Принципы диагностики и лечения.
- 59) Радикулопатии L4, L5, S1. Синдром компрессии корешков конского хвоста. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
- 60) Дифференциальный диагноз при болях в спине и конечностях.
- 61) Гипоталамический синдром. Критерии диагностики гипоталамического синдрома. Принципы терапии
- 62) Полинейропатический синдром. Современные представления об этиологии и патогенезе полинейропатий .
- 63) Классификация полинейропатий. Основные клинические проявления. Диагностика, дифференциальный диагноз.
- 64) Синдром вегетативной дистонии. Основные клинические проявления.
- 65) Вегетативные кризы. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления, критерии диагностики панических атак.
- 66) Классификация головных болей.
- 67) Мигрень. Клинико-диагностические критерии. Принципы терапии.
- 68) Кластерная цефалгия. Клинико-диагностические критерии. Принципы терапии.
- 69) Головная боль напряжения. Клинико-диагностические критерии. Принципы терапии.

## **Раздел 2. Частная неврология**

- 1) Классификации сосудистых заболеваний нервной системы. Патогенез сосудистых заболеваний головного мозга.
- 2) Болезнь церебральный мелких сосудов. Патогенез. Клинические проявления. Принципы терапии.



- 3) Транзиторные ишемические атаки. Этиология, клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз, лечение.
- 4) Ишемический инсульт. Патогенетические варианты, клиника, диагностика.
- 5) Терапия ишемического инсульта в острейшем, остром и восстановительном периодах.
- 6) Геморрагический инсульт. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
- 7) Лечение геморрагического инсульта. Показания к оперативному лечению.
- 8) Первичная и вторичная профилактика ишемического инсульта.
- 9) Гистологическая классификация опухолей ЦНС.
- 10) Особенности течения супра- и субтенториальных, конвекситальных и глубинных опухолей, опухолей средней линии.
- 11) Первичные и вторичные симптомы опухолей. Диагностика, врачебная тактика.
- 12) Опухоли задней черепной ямки. Диагностика, врачебная тактика.
- 13) Опухоли хиазмально-селлярной области. Диагностика, врачебная тактика.
- 14) Опухоли спинного мозга. Классификация. Диагностика, врачебная тактика.
- 15) Особенности клиники опухолей спинного мозга в зависимости от уровня поражения. Диагностика, врачебная тактика.
- 16) ЧМТ. Классификация. Принципы терапии.
- 17) Клиника сотрясения, ушиба головного мозга, диффузного аксонального повреждения, сдавления головного мозга.
- 18) Травматические внутричерепные кровоизлияния. Диагностика. Принципы терапии
- 19) Переломы свода и основания черепа. Принципы терапии
- 20) Позвоночно-спинальная травма. Классификация. Принципы терапии
- 21) Клиника сотрясения, ушиба и сдавления спинного мозга, кровоизлияния в спинной мозг. Спинальный шок. Экстренная помощь. Показания к оперативному лечению.
- 22) Стандарты оказания мед. помощи при ЧМТ.
- 23) Менингиты. Классификация, клиника, диагностика.
- 24) Гнойные менингиты: менингококковый менингит; отогенный и одонтогенные менингиты
- 25) Вирусные менингиты и энцефалиты. Основные представления о патофизиологии. Клещевой энцефалит. Особенности клинической картины. Диагностика. Лечение.
- 26) Туберкулезный менингит. Особенности клинической картины. Диагностика. Лечение
- 27) Герпетический энцефалит. Особенности клинической картины. Диагностика. Лечение
- 28) Абсцесс мозга. Клиника. Лечение.
- 29) Поражение нервной системы при ВИЧ-инфекции.
- 30) Клещевой боррелиоз. Клиника. Диагностика, лечение.
- 31) Профилактика ВИЧ-инфекции
- 32) Классификация. Краниальные невропатии.
- 33) Поражения плечевого сплетения.
- 34) Поражения пояснично-крестцового сплетения.
- 35) Мононевропатии верхней и нижней конечностей.
- 36) Классификация вертеброневрологических синдромов.
- 37) Рефлекторные и корешковые синдромы шейного, грудного и пояснично-крестцового уровней
- 38) Миофасциальный синдром. Фибромиалгия.
- 39) Дифференциальный диагноз при болях в спине и конечностях
- 40) Параклинические методы диагностики. Принципы терапии.
- 41) Наследственные и врожденные заболевания нервной системы. Классификация наследственных болезней нервной системы
- 42) Миопатии. Этиопатогенез. Основные формы. Клиника, диагностика, лечение
- 43) Хорея Гентингтона. Клиника, диагностика, лечение.
- 44) Миотонии. Клиника, диагностика, лечение.
- 45) Спинальные амиотрофии. Клиника, диагностика, лечение.

- 46) Наследственные полиневропатии. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, принципы лечения
- 47) ДЦП. Этиология. Клинические проявления, современные методы лечения
- 48) Здоровый образ жизни. Профилактики нарко и- табакокурения.
- 49) Эпилепсия. Этиология и патогенез. Классификация эпилептических припадков и эпилепсии
- 50) Диагностика. ЭЭГ-изменения при эпилепсии. Дифференциальный диагноз
- 51) Принципы терапии эпилепсии. Федеральные стандарты оказания медицинской помощи.
- 52) Эпистатус. Диагностика и лечение. Стандарты оказания помощи.
- 53) Гепатолентикулярная дегенерация (болезнь Вильсона-Коновалова). Клиника, диагностика, принципы терапии
- 54) Кортико-базальная дегенерация. Болезнь Фара. Клиника, диагностика, принципы терапии
- 55) Оливопонтоцеребеллярная дегенерация. Клиника, диагностика, принципы терапии
- 56) Спиноцеребеллярные дегенерации. Клиника, диагностика, принципы терапии
- 57) Наследственная спастическая параплегия (изолированная и спастическая параплегия-плюс). Клиника, диагностика, принципы терапии
- 58) Боковой амиотрофический склероз. Клиника, диагностика, принципы терапии
- 59) Изменения нервной системы в пожилом и старческом возрасте.
- 60) Особенности обследования и лечения больных пожилого и старческого возраста.
- 61) Методы исследования когнитивных функций и памяти.
- 62) Классификация деменций. Понятие кортикальной и субкортикальной деменции
- 63) Дифференциальная диагностика дегенеративных и сосудистых деменций. Принципы терапии.

### 2.3. Комплект контрольных заданий для практических занятий (ситуационные задачи) по дисциплине

№	Ситуационная задача	Код компетенции, на формирование которой направлено задание
<b>Б1.Б.1.</b>	<b>Раздел 1. Общая неврология</b>	
1.	<p>Пациентка А. 45 лет, обратилась с жалобами на асимметрию лица, нарушение вкуса на языке, боль и слабость в конечностях. Из анамнеза известно, что 10 дней назад после перенесенного простудного заболевания развилась асимметрия лица слева. Через сутки присоединились слабость мимических мышц справа, слезотечение, нарушение вкуса на языке. Через 4 дня появились боли в мышцах, затем появилась и стала нарастать слабость в ногах и руках.</p> <p>Наличие хронических заболеваний отрицает.</p> <p>Состояние тяжелое. Сознание ясное, настроение снижено. Больная пониженого питания, кожа чистая. Дыхание везикулярное, тоны сердца не изменены, тахикардия - до 100—106 ударов в 1 мин, АД 120/75 мм рт. ст. Живот мягкий, равномерно болезненный при пальпации. Печень не пальпируется. Нарушения функции тазовых органов нет.</p>	УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7

	<p>В неврологическом статусе: ЧМН: лагофталм, грубее справа, затруднение при свисте, надувании щек, невозможность наморщить лоб. Патологии других черепных нервов не выявлено. Выраженный периферический тетрапарез. Сила в дистальных отделах конечностях снизилась до 1-2 баллов. Глубокие рефлексы отсутствуют, гипестезия кистей и стоп. Нервные стволы болезненные. Менингеальных знаков нет. Вибрационная чувствительность на стопах резко снижена.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Назовите синдромы и обоснуйте.</li> <li>2) Поставьте топический диагноз</li> </ol>	
2.	<p>Больной Н., 47 лет, одиннадцать месяцев назад появилось постепенное снижение слуха на левое ухо. В течение полугода до этого отмечался постоянный шум в этом же ухе. В последние два месяца к жалобам присоединилась постоянная головная боль, сопровождающаяся тошнотой и головокружением, неустойчивость при ходьбе с отклонением влево, появилось онемение в левой половине лица, асимметрия лица, двоение в глазах.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Зрачки D=S, на свет реагируют, сходящееся косоглазие за счет левого глаза, двоение при взгляде вперед и влево, снижение слуха слева, легкая сглаженность носогубной складки слева, невозможность полного смыкания век слева, снижение чувствительности на коже лица слева. Сила мышц достаточная во всех группах. В позе Ромберга – отклонение влево, пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет с интенцией и промахиванием слева.</p> <p>При офтальмоскопии — застойные диски зрительных нервов.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Предположите и обоснуйте наиболее вероятный синдромальный диагноз .</li> <li>2) Предложите и обоснуйте наиболее вероятный топический диагноз</li> <li>3) Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
3.	<p>Больная Р., 48 лет, поступила в клинику с жалобами на постоянную интенсивную головную боль, сопровождающиеся тошнотой и, периодически, рвотой, не приносящей облегчения.</p> <p>Из анамнеза: год назад прооперирована по поводу рака правой молочной железы. Со слов родственников, несколько месяцев назад появились и стали постепенно нарастать изменения в поведении больной: неряшливость, эйфоричность, дурашливость, неадекватные поступки на работе. В течение последних недель присоединились интенсивные головные боли, тошнота, рвота.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, менингеальных знаков нет. К собственному состоянию не критична, выявляется дурашливость, вязкость, склонность к плоским шуткам, неопрятность. Зрачки D=S, глазные щели симметричны, сглаженность носогубной складки слева. Сила мышц снижена до 3 баллов в левых конечностях, мышечный тонус повышен слева по спастическому типу, сухожильные рефлексы D=S, положительный симптом Бабинского слева. Чувствительных расстройств нет.</p> <p>На глазном дне - явления начального застоя дисков зрительных нервов.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Предположите и обоснуйте наиболее вероятный синдромальный диагноз .</li> <li>2) Предложите и обоснуйте наиболее вероятный топический диагноз</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7

4.	<p>Больной Р., 52 года, поступил в клинику с жалобами на постоянную интенсивную головную боль, сопровождающуюся тошнотой, нарушение зрения, изменение внешности: увеличение надбровных дуг, носа, губ, увеличение стопы на 2 размера, кистей ( «стали малы старые перчатки» ) .</p> <p>Из анамнеза: изменения внешности появились около 2 лет назад, постепенно нарастают. Головные боли и снижение зрения появились около 2 месяцев назад.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, менингеальных знаков нет. Выпадение латеральных полей зрения с обеих сторон, снижение остроты зрения на правый глаз. Движения глазных яблок в полном объеме, лицо симметрично, глотание и фонация не нарушены. Двигательных и чувствительных нарушений в конечностях не выявлено. ST.LOCALIS- увеличение надбровных дуг, носа, губ; увеличение размера кистей и стоп по отношению к длине конечностей и тела.</p> <p>Осмотр окулиста- VIS OS-1,0, VIS OD- 0,2.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Предположите и обоснуйте наиболее вероятный синдромальный диагноз .</li> <li>2) Предложите и обоснуйте наиболее вероятный топический диагноз</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7
5.	<p>Больной П., 21 год, во время автоаварии ударился головой о ветровое стекло. Терял сознание на 5-7 минут. Машиной скорой помощи доставлен в больницу через 1,5 часа после травмы.</p> <p>При поступлении жалобы на головные боли в лобной области, тошноту, при попытках встать - головокружение.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, ориентирован в месте, времени и собственной личности. События, произошедшие незадолго до автоаварии, больной не помнит.</p> <p>При осмотре: пульс 84 уд. в мин, АД 135\ 85 мм рт.ст., дыхание ритмичное 18 раз в 1 мин, кожные покровы бледные, сухие.</p> <p>В неврологическом статусе: сознание ясное, быстро истощается на вопросы отвечает адекватно, менингеальных симптомов нет, симптомов очагового поражения нервной системы нет, в позе Ромберга – пошатывание без четкой сторонности.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный синдромальный диагноз .</li> <li>2. Предложите и обоснуйте наиболее вероятный топический диагноз</li> <li>3. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
6.	<p>Больной Л., 24 года, при стройке дома упал с балкона и ударился головой о грудку кирпича. Доставлен в больницу через час после травмы. Со слов сопровождающих – при транспортировке был в сознании, адекватно отвечал на вопросы, двигательных нарушений не отмечалось. Однако спустя 30 минут состояние резко ухудшилось - контакт с больным затруднен, был эпизод судорог в правых конечностях.</p> <p>При осмотре: состояние тяжелое, уровень сознания - сопор, дыхание частое до 28 раз в 1 мин., артериальное давление 140/90 мм рт. ст., пульс 54 уд. в 1 мин.</p> <p>В неврологическом статусе: оценка по Шкале ком Глазго - 9 баллов, ригидность затылочных мышц + 2 пальца, симптом Кернига с угла 130 градусов с</p>	УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

	<p>обеих сторон. Диаметр зрачков D&lt;S, фотореакция слева отсутствует, Сухожильные рефлексы справа высокие, верхняя и нижняя пробы Барре - положительны справа, + симптом Бабинского справа, клонويد правой стопы.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный синдромальный диагноз.</li> <li>2. Предложите и обоснуйте наиболее вероятный топический диагноз</li> <li>3. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз</li> </ol>	
7.	<p>Пациентка, 45 лет. Доставлена родственниками в приемное отделение многопрофильной больницы с жалобами на интенсивные боли, слабость и онемение в ногах, невозможность самостоятельного мочеиспускания.</p> <p>Из анамнеза: в течение многих лет беспокоят боли в спине; месяц назад после подъема тяжести боли в спине усилились и стали распространяться по задне-наружной поверхности правого бедра, голени и стопы. Лечилась амбулаторно с диагнозом: «Дискогенная радикулопатия правого S1 корешка, выраженный болевой синдром» с некоторым положительным эффектом: выраженность болевого синдрома несколько уменьшилась. Состояние ухудшилось 3 часа назад, когда после подъема с кровати появились сильнейшие боли в обеих ногах, онемение и слабость в них. Тогда же заметила, что не может помочиться.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести, положение вынужденное из-за сильных болей. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 80 уд.в мин., АД – 135/85 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены.</p> <p>В неврологическом статусе: сознание ясное, в месте, времени и собственной личности ориентируется. Черепные нервы без патологии. Сила снижена в мышцах-сгибателях стоп и ягодичных мышцах. Сухожильные рефлексы с рук и коленные сохранены, D=S, ахилловы отсутствуют. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга не проверялась из-за выраженности болевого синдрома, пальценосовую пробу выполняет правильно с обеих сторон. Болевая и тактильная чувствительность отсутствует в аногенитальной области и на задней поверхности ног (в зонах иннервации S1 –S3 корешков) с двух сторон. При катетеризации мочевого пузыря выведено 800 мл мочи.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Предположите наиболее вероятный топический диагноз</li> <li>2) Обоснуйте топический диагноз</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7
8.	<p>Больной В. 19 лет, поступил с жалобами на сильные головные боли, рвоту, светобоязнь, двоение в глазах, подъем температуры тела до 38,5 °С.</p> <p>Из анамнеза известно, что заболел 10 дней назад, когда почувствовал недомогание, общую слабость, небольшую головную боль, тошноту. Имелась субфебрильная температура. Головная боль за 6 дней постепенно выросла до нестерпимой, появилось двоение в глазах, рвота, сонливость.</p> <p>Объективно: ригидность затылочных мышц + 5 см., симптом Кернига с угла 110 градусов, анизокория, мидриаз слева, птоз слева, расходящееся косоглазие (отсутствует движение левого глазного яблока кнутри).</p> <p>В анализе ликвора – лимфоцитарный плеоцитоз 458/мм<sup>3</sup>, белок 1,2 г/л, понижено содержание сахара, при отстаивании ликвора образовалась фибриновая пленка. В общесоматическом статусе обращает на себя внимание уве-</p>	УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7

	<p>личение периферических лимфоузлов, на рентгенограммах легких определяются изменения в проекции вершин легочных полей, увеличение внутригрудных лимфоузлов.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Перечислите и обоснуйте синдромы, приведенные в задаче.</li> <li>2) Предложите и обоснуйте наиболее вероятный топический диагноз</li> </ol>	
9.	<p>Пациентка 70 лет доставлена из дома скорой медицинской помощью с жалобами на неловкость и онемение в правых конечностях, нарушение речи (пациент понимал обращенную речь, но собственная речь была представлена речевым эмболом – «нет, нет»). Заболела остро 1 час назад, когда появились вышеуказанные жалобы. Артериальное давление, зафиксированное скорой медицинской помощью, было 170/90 мм рт.ст. Длительное время страдает артериальной гипертензией с подъемами артериального давления до 180/100 мм рт.ст., принимает гипотензивные препараты. В анамнезе ишемическая болезнь сердца, три года назад перенес обширный трансмуральный инфаркт миокарда, осложненный постоянной формой мерцательной аритмии.</p> <p>При осмотре: Состояние средней тяжести. В сознании, контактен, ориентирован в месте и времени полностью. Мышечная сила в правой руке снижена до 2 баллов, в ноге снижена до 3 баллов. Симптом Бабинского справа. Нарушение всех видов чувствительности по гемитипу справа. Пациент понимает обращенную речь, собственная речь представлена речевыми эмболами.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Перечислите клинические синдромы, выявленные у пациентки</li> <li>2) Поставьте топический диагноз, обоснуйте</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7
<b>Б1.Б.2</b>	<b>Раздел 2. Частная неврология</b>	
1.	<p>Пациент А., 48 лет, в течение 5 лет страдает артериальной гипертензией, отмечались подъемы артериального давления до 180 - 190/100 - 110 мм рт.ст. Злоупотребляет алкоголем, курит. Утром в 10.00, на фоне физической нагрузки упал, не смог самостоятельно подняться, несколько раз была рвота. Был доставлен в приемное отделение.</p> <p>При поступлении в неврологическом статусе: состояние тяжелое, уровень сознания - оглушение, тахипное 35 в мин., АД 170/100 мм рт.ст., пульс 98 в мин, ритмичный. Зрачки D=S, фотореакция сохранена. Мышечная сила в левой руке снижена до 2 баллов, в ноге снижена до 3 баллов. Симптом Бабинского слева. Снижение всех видов чувствительности в левых конечностях и на левой половине тела. Тазовые функции не контролирует.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Опишите клинические синдромы, выявленные у больного</li> <li>2) Поставьте и обоснуйте топический диагноз</li> <li>3) При поступлении в стационар, пациенту была выполнена компьютерная томография (КТ) головного мозга.</li> </ol> <p>На КТ головного мозга выявлен очаг повышенной плотности в области базальных ядер правого полушария головного мозга, объемом 40 мл, Сдавление ипсилатерального желудочка головного мозга. См. Рисунок 1.</p>	УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

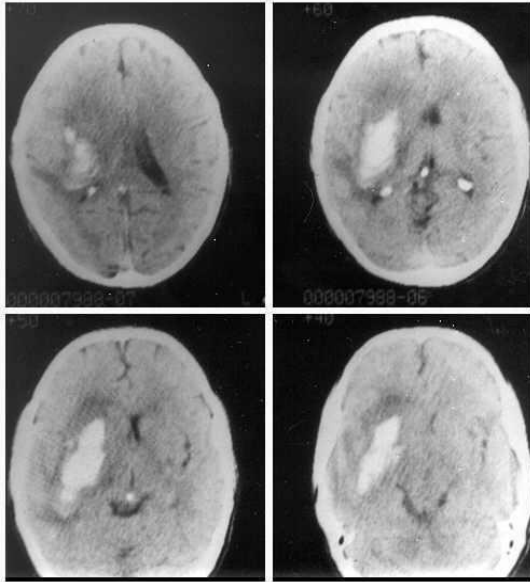


Рисунок 1. КТ головного мозга

Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз

- 4) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 5) В каких пределах необходимо поддерживать АД у пациента с внутримозговым кровоизлиянием? Обоснуйте.

<p>2.</p>	<p>Больной А., 40 лет, заболел остро. Утром на фоне эмоционального стресса возникла сильная головная боль, по типу «удара топором» в области затылка. Отмечалась однократная рвота, светобоязнь, кратковременное психомоторное возбуждение, сменившееся угнетением сознания.</p> <p>При осмотре невролога в приемном покое: состояние тяжелое. Уровень сознания - сопор. Ригидность мышц шеи, симптом Кернига с двух сторон. Симптомов поражения черепных нервов, двигательных и чувствительных нарушений нет.</p> <p>Опишите клинические синдромы, выявленные у больного и обоснуйте синдромальный диагноз</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Укажите и обоснуйте локализацию патологического процесса</li> <li>2) Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз</li> <li>3) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>4) Составьте и обоснуйте план обследования пациента</li> </ol>	<p>УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>
<p>3.</p>	<p>Больной 61 года, поступил в неврологическое отделение больницы с жалобами на преходящее снижение зрения на правый глаз. В течение 20 лет страдает гипертонической болезнью с повышением артериального давления до 180/100 мм. рт. ст., с «рабочими» цифрами 140/80-150/90. В течение последних 5 лет периодически отмечает боли в сердце при быстрой ходьбе, проходящие после приема нитроглицерина через несколько минут. Вчера днем внезапно появилось снижение зрения на правый глаз («пелена перед глазами», затем «ничего не видел»), которое восстановилось через 20 минут. На следующий день был осмотрен окулистом - тромбоза центральной вены и центральной артерии сетчатки не было выявлено. Окулистом поликлиники был отправлен на осмотр к неврологу.</p> <p>В неврологическом статусе: общемозговых и менингеальных симптомов нет. Зрачки D=S, средней величины, движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Лицо симметрично. Язык при высовывании из полости рта по средней линии. Парезов конечностей нет, сила достаточная, движения в полном объеме, мышечный тонус не изменен. Сухожильные и периостальные</p>	<p>УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>

	<p>рефлексы S&gt;D. Расстройств чувствительности нет. Положительные рефлексы орального автоматизма.</p> <p>При дуплексном сканировании сонных и позвоночных артерий в устье правой внутренней сонной артерии выявлена атеросклеротическая бляшка, гетерогенная с гиперэхогенными включениями с неровным контуром, суживающая просвет сосуда на 40-45%</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Опишите клинические синдромы, выявленные у больного</li> <li>2) Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз</li> <li>3) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>4) Составьте и обоснуйте план обследования пациента</li> <li>5) Перечислите основные направления вторичной профилактики ишемического инсульта для профилактики ишемического инсульта у данного пациента</li> </ol>	
4.	<p>Больной 68 лет доставлен из дома скорой медицинской помощью с жалобами на неловкость и онемение в правых конечностях, нарушение речи (пациент понимал обращенную речь, но собственная речь была представлена речевым эмболом – «нет, нет»). Заболел остро 1 час назад, когда появились вышеуказанные жалобы. Артериальное давление, зафиксированное скорой медицинской помощью, было 170/90 мм рт.ст. Длительное время страдает артериальной гипертензией с подъемами артериального давления до 180/100 мм рт.ст., принимает гипотензивные препараты. В анамнезе ишемическая болезнь сердца, три года назад перенес обширный трансмуральный инфаркт миокарда, осложненный постоянной формой мерцательной аритмии.</p> <p>При осмотре: Состояние средней тяжести. В сознании, контактен, ориентирован в месте и времени полностью. Мышечная сила в правой руке снижена до 2 баллов, в ноге снижена до 3 баллов. Симптом Бабинского справа. Нарушение всех видов чувствительности по гемитипу справа. Пациент понимает обращенную речь, собственная речь представлена речевыми эмболами.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3) Перечислите клинические синдромы, выявленные у больного</li> <li>4) Сформулируйте наиболее вероятный предварительный клинический диагноз</li> <li>5) Обоснуйте поставленный Вами диагноз</li> <li>6) Составьте план обследования пациента</li> <li>7) Перечислите 3 основных противопоказаний для проведения тромболитической терапии</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
5.	<p>Больной М., 23 лет в течение последних 4 лет появилась и постепенно прогрессирует слабость в ногах, возникло похудание мышц голени. Пациент стал менее вынослив при физических нагрузках, не может бегать. Появилась неуклюжесть и пошатывание при ходьбе, усиливающееся в темное время суток. Во время ходьбы больной постоянно смотрит под ноги. Подобные нарушения имелись у отца пациента.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное.</p> <p>В неврологическом статусе: сознание ясное. Черепные нервы без патологии. Гипотрофия мышц ног, более выраженная в дистальных отделах («ноги аиста»), мышечная сила в разгибателях стоп симметрично снижена до 3 баллов, в руках норма. Сухожильные рефлексы в руках D=S, сохранены, в ногах коленные рефлексы d=s снижены, ахилловы - отсутствуют. Патологических рефлексов нет. Походка изменена - при ходьбе больной высоко поднимает ногу, выбрасывает её вперед и резко опускает («степпаж»), невозможна</p>	УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12



	<p>ходьба на пятках. Стопы деформированы, с высоким сводом («полая стопа») и «молоткообразными» пальцами. Нарушены все виды чувствительности в стопах и голени. В позе Ромберга – пошатывание, резко усиливающееся при закрытии глаз. Мочеиспускание не нарушено.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Опишите клинический синдром, выявленный у больного, обоснуйте</li> <li>2) Какое заболевание наиболее вероятно у этого пациента?</li> <li>3) Обоснуйте, поставленный вами предварительный диагноз</li> <li>4) Составьте и обоснуйте план обследования пациента.</li> <li>5) Перечислите общие показания для направления супругов на медико-генетическое консультирование</li> </ol>	
6.	<p>Женщина, 58 лет, обратилась к врачу с жалобами на ощущения онемения, холода, покалывания, жжения в стопах и жгучие боли в них, усиливающиеся в ночное время и стихающие после ходьбы, а также легкую слабость в стопах.</p> <p>Из анамнеза: В течение 5 лет страдает артериальной гипертензией, гипотензивные препараты принимает регулярно. Около 4 лет назад выявлено нарушение толерантности к глюкозе. В течение этих лет диету не соблюдала, уровень глюкозы крови не контролировала, к врачам не обращалась. Около полугода назад появились легкие ощущения онемения и покалывания в стопах, которые со временем постепенно усилились и стали сопровождаться умеренными болями и легкой слабостью в стопах.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Индекс массы тела – 35 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 74 уд. в мин., АД – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В неврологическом статусе: сознание ясное, в месте, времени и собственной личности ориентируется. Черепные нервы без патологии. Сила мышц D=S=5 баллов. Мышечный тонус D=S. Сухожильные рефлексы с рук и коленные D=S, ахилловы отсутствуют. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга устойчива, пальценосовую пробу выполняет правильно с обеих сторон. Болевая и температурная чувствительность снижена с обеих сторон с уровня середины голени. Расстройства мочеиспускания отрицает.</p> <p>В анализах: Hb 134 г/л, Эр 4,5*10<sup>12</sup>/л, Ле 8,7*10<sup>9</sup>/л, СОЭ 8 мм/ч. Глюкоза крови натощак – 8,2 ммоль/л, креатинин – 92 мкмоль/л, мочевины 8,7 ммоль/л, АсАт 24 Ед, АлАт 22 Ед.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Предположите наиболее вероятный синдромальный диагноз</li> <li>2) Обоснуйте синдромальный диагноз</li> <li>3) Предположите и обоснуйте наиболее вероятный этиологический диагноз</li> <li>4) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента</li> <li>5) Опишите тактику ведения пациентки</li> </ol>	<p>УК УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>
7.	<p>Пациентка, 45 лет. Доставлена родственниками в приемное отделение многопрофильной больницы с жалобами на интенсивные боли, слабость и онемение в ногах, невозможность самостоятельного мочеиспускания.</p>	<p>УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4,</p>

	<p>Из анамнеза: в течение многих лет беспокоят боли в спине; месяц назад после подъема тяжести боли в спине усилились и стали распространяться по задне-наружной поверхности правого бедра, голени и стопы. Лечилась амбулаторно с диагнозом: «Дискогенная радикулопатия правого S1 корешка, выраженный болевой синдром» с некоторым положительным эффектом: выраженность болевого синдрома несколько уменьшилась. Состояние ухудшилось 3 часа назад, когда после подъема с кровати появились сильнейшие боли в обеих ногах, онемение и слабость в них. Тогда же заметила, что не может помочиться.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести, положение вынужденное из-за сильных болей. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 80 уд.в мин., АД – 135/85 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены.</p> <p>В неврологическом статусе: сознание ясное, в месте, времени и собственной личности ориентируется. Черепные нервы без патологии. Сила снижена в мышцах-сгибателях стоп и ягодичных мышцах. Сухожильные рефлексы с рук и коленные сохранены, D=S, ахилловы отсутствуют. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга не проверялась из-за выраженности болевого синдрома, пальценосовую пробу выполняет правильно с обеих сторон. Болевая и тактильная чувствительность отсутствует в аногенитальной области и на задней поверхности ног (в зонах иннервации S1 –S3 корешков) с двух сторон. При катетеризации мочевого пузыря выведено 800 мл мочи.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3) Предположите наиболее вероятный топический диагноз</li> <li>4) Обоснуйте топический диагноз</li> <li>5) Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз</li> <li>6) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента</li> <li>7) Опишите тактику ведения пациентки</li> </ol>	<p>ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>
8.	<p>Пациент, 25 лет, при нырянии в незнакомом месте ударился головой о дно. Возникла резкая боль в области шеи и развилась слабость в ногах и руках. Не смог самостоятельно выйти на берег. Товарищи вынесли его из воды и доставили в больницу.</p> <p>При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Дыхание диафрагмальное, ЧД 24 в мин. В легких дыхание везикулярное, ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 54 уд. в мин., АД – 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Выявляется болезненность при пальпации остистых отростков в области шеи на уровне С5, С6, С7 позвонков</p> <p>В неврологическом статусе: сознание ясное. Черепные нервы без патологии. Возможны минимальные движения в плечевых суставах, в дистальных отделах рук и ногах движения отсутствуют. Мышечный тонус снижен в конечностях. Сухожильные рефлексы: с двуглавых мышц плеча снижены. Сухожильные рефлексы с трехглавой мышцы плеча, а также коленные и ахилловы рефлексы с обеих сторон отсутствуют. Все виды чувствительности с уровня С6 отсутствуют.</p> <p>Доставлен в стационар, где выполнена рентгенография шейного отдела позвоночника и выявлен оскольчатый перелом тела С6 позвонка со смещением отломков.</p>	<p>УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Предположите наиболее вероятный синдромальный диагноз</li> <li>2) Предложите и обоснуйте наиболее вероятный топический диагноз</li> <li>3) Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз</li> <li>4) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента на госпитальном этапе</li> <li>5) Опишите тактику ведения пациента на догоспитальном этапе и при поступлении в стационар</li> </ol>	
9	<p>Пациент 42 лет, обратился в поликлинику к неврологу с жалобами на слабость в левой руке.</p> <p>Из анамнеза: слабость в руке развилась остро 2 дня назад после ночного сна в состоянии алкогольного опьянения.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 74 уд. в мин., АД – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В неврологическом статусе: сознание ясное, в месте, времени и собственной личности ориентируется. Черепные нервы без патологии. Паралич мышц-разгибателей левой кисти и пальцев (“висячая кисть”) и нарушение всех видов чувствительности на тыльной поверхности лучевой половины кисти, включая тыльную поверхность проксимальных фаланг I,II и половины III пальцев</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Предположите наиболее вероятный синдромальный диагноз</li> <li>2) Предложите и обоснуйте наиболее вероятный топический диагноз</li> <li>3) Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз</li> <li>4) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента</li> <li>5) Опишите основные направления лечения</li> </ol>	<p>УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>
10.	<p>Пациент, 18 лет, на работе внезапно потерял сознание, упал, развились тонические, а затем клонические судороги во всех конечностях, в конце приступа произошло непроизвольное мочеиспускание. Приступ продолжался около 3 минут, после чего пациент заснул.</p> <p>В анамнезе указаний на хронические заболевания и травмы нет.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 74 уд. в мин., АД – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В неврологическом статусе: сознание ясное, в месте, времени и собственной личности ориентируется. Черепные нервы без патологии. Сила мышц D=S=5 баллов. Мышечный тонус D=S. Сухожильные рефлексы D=S. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга устойчив, пальценосовую пробу выполняет правильно с обеих сторон. Чувствительность сохранена. Расстройства мочеиспускания отрицает.</p>	<p>УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Как называется описанный выше приступ?</li> <li>2) С какими состояниями необходимо дифференцировать данный приступ?</li> <li>3) Перечислите основные принципы оказания неотложной помощи при данном виде пароксизма</li> <li>4) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента</li> <li>5) На МРТ головного мозга выявлено объемное образование левой височной доли. Опишите тактику ведения пациента.</li> </ol>	
11	<p>Больной 21 год, поступил с жалобами на сильные головные боли, рвоту, светобоязнь, двоение в глазах, подъем температуры тела до 38,5 °С.</p> <p>Из анамнеза известно, что заболел 10 дней назад, когда почувствовал недомогание, общую слабость, небольшую головную боль, тошноту. Имелась субфебрильная температура. Головная боль за 6 дней постепенно выросла до нестерпимой, появилось двоение в глазах, рвота, сонливость.</p> <p>Объективно: ригидность затылочных мышц + 3 см., симптом Кернига с угла 100 градусов, анизокория, мидриаз слева, птоз слева, расходящееся косоглазие (отсутствует движение левого глазного яблока кнутри).</p> <p>В анализе ликвора – лимфоцитарный плеоцитоз 458/мм<sup>3</sup>, белок 1,2 г/л, понижено содержание сахара, при отстаивании ликвора образовалась фибриновая плёнка. В общесоматическом статусе обращает на себя внимание увеличение периферических лимфоузлов, на рентгенограммах легких определяются изменения в проекции вершин легочных полей, увеличение внутригрудных лимфоузлов.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3) Перечислите и обоснуйте синдромы, приведенные в задаче.</li> <li>4) Предложите и обоснуйте наиболее вероятный топический диагноз</li> <li>5) Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз</li> <li>6) Предположите и обоснуйте наиболее вероятный этиологический диагноз</li> <li>7) Определите тактику ведения данного пациента</li> </ol>	<p>УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>
12.	<p>Мужчина, 65 лет, доставлен в приёмное отделение с неясным диагнозом. Заболел остро. В течение 2-х дней беспокоит сильная головная боль, тошнота, рвота на фоне высокой температуры выше 39 °С без видимых катаральных явлений, выраженная слабость. В приемном покое у больного наблюдались судороги в правых конечностях.</p> <p>Из анамнеза известно, что в течение 2 нед. назад перенес респираторную вирусную инфекцию, наблюдалось поражение слизистой носовой полости и наружных кожных покровов герпетического характера.</p> <p>При обследовании выявлены ригидность затылочных мышц 3 см., положительный симптом Кернига, уровень сознания снижен до умеренного оглушения, периодически наблюдаются делириозные эпизоды, слуховые галлюцинации. Из лаборатории получен анализ спинно-мозговой жидкости: цвет - прозрачный, опалесцирующий, цитоз: лимфоциты - 320 клеток в 1 мм<sup>3</sup>, белок - 0,33 г/л, сахар - 2,1 ммоль/л.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Перечислите и обоснуйте синдромы, приведенные в задаче.</li> <li>2) Предложите и обоснуйте наиболее вероятный топический диагноз</li> <li>3) Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз</li> </ol>	<p>УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>

	<p>4) Предположите и обоснуйте наиболее вероятный этиологический диагноз. Какие дополнительные лабораторные методы диагностики могут подтвердить или опровергнуть данный этиологический диагноз?</p> <p>5) Определите тактику ведения данного пациента</p>	
13	<p>Женщина 30 лет, доставлена в приёмное отделение с неясным диагнозом. Заболела остро, начало с подъема температуры тела до 39-40 °С. В течение 2-х дней беспокоит сильная головная боль на фоне высокой температуры без видимых катаральных явлений, многократная рвота. В этой связи была доставлена в приемный покой больницы.</p> <p>При обследовании выявлены ригидность затылочных мышц 3 см., положительный симптом Кернига. Других изменений в неврологическом статусе нет.</p> <p>При осмотре на груди и животе обнаружена розеолезная, розеолезно-папулезная сыпь, а также багрово-красные геморрагические элементы с синюшным оттенком.</p> <p>При анализе спинно-мозговой жидкости выявлено: цвет - мутный, желтый, цитоз: 2425 клеток в 1 мм<sup>3</sup>, нейтрофилы - 2300, белок - 1,66 г/л, сахар - 1,97 ммоль\л, хлориды - 700 мг%.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Перечислите и обоснуйте синдромы, приведенные в задаче.</li> <li>2) Предложите и обоснуйте наиболее вероятный топический диагноз</li> <li>3) Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз</li> <li>4) Предположите и обоснуйте наиболее вероятный этиологический диагноз. Какие дополнительные лабораторные методы диагностики могут подтвердить или опровергнуть данный этиологический диагноз?</li> <li>5) Определите тактику ведения данного пациента</li> </ol>	<p>УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>
14	<p>Больная, 34 года, в течение последнего месяца стала отмечать слабость мышц век, особенно справа, появляющуюся ближе к вечеру, после зрительной нагрузки. В течение последних двух дней жалуется на нарастание слабости век, а также появление двоения в глазах. Сегодня утром верхнее веко правого глаза опустилось полностью.</p> <p>Объективно - офтальмоплегия справа, птоз века справа, полуптоз слева, мышечная сила, тонус, сухожильные рефлексы в конечностях сохранены, без патологии. По данным МСКТ грудной клетки - доброкачественная опухоль вилочковой железы - тимома. В анализе периферической крови - без патологии.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Перечислите и обоснуйте синдромы, приведенные в задаче.</li> <li>2) Предложите и обоснуйте наиболее вероятный топический диагноз</li> <li>3) Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз</li> <li>4) Составьте план дополнительного обследования пациента</li> <li>5) Определите тактику ведения данного пациента</li> </ol>	<p>УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>

15	<p>Больная 32 лет, через неделю после перенесенной вирусной инфекции заметила слабость в ногах (трудно было подняться по лестнице). Состояние постепенно ухудшалось в течение недели: при поступлении жалуется на онемение и слабость в конечностях.</p> <p>Объективно: Черепные нервы без патологии. Мышечная сила снижена в кистях до 4 баллов, в ногах проксимально до 3-4 баллов, дистально – до 1-2 баллов. Сухожильные рефлексы отсутствуют. Снижение всех видов чувствительности по полиневритическому типу. Положительный симптом Лассега с обеих сторон с угла 45.</p> <p>В анализе ликвора - цитоз 5 клеток в 1 мм<sup>3</sup>, белок - 1,66 г/л.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Перечислите и обоснуйте синдромы, приведенные в задаче.</li> <li>2) Предложите и обоснуйте наиболее вероятный топический диагноз</li> <li>3) Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз</li> <li>4) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента на стационарном этапе</li> <li>5) Определите тактику ведения данного пациента</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
16	<p>Мужчина 25 лет, в течении последних 2 недель стал отмечать нарастающие по интенсивности боли в суставах, в результате чего стало трудно передвигаться. Также пациент отметил появление общей слабости в теле, быстрой утомляемости, тяжести в животе. Два дня назад при выполнении работы по дому упал, ударился правой ногой, после чего самостоятельно встать не смог из-за резко возникших болей в области правого бедра и правого коленного сустава. Родственники вызвали СМП, пациент доставлен в больницу.</p> <p>Из анамнеза жизни: один ребенок в семье, беременность протекала на фоне умеренного гестоза у матери в 1 и 3 триместрах. В раннем детстве отмечалась задержка психо-моторного развития (ходить начал в 1,8 месяцев, первые слоги произнес в 2 года). В школу пошел с 10 лет, учился удовлетворительно в коррекционном классе. Закончил 9 классов школы, после чего пошел учиться в ПТУ, которое не закончил ввиду возникших проблем в обучении (выполнение домашнего задания давалось с трудом, часто возникали конфликты с однокурсниками). До недавнего времени работал грузчиком на мебельной фабрике, однако ввиду ухудшения состояния не смог выполнять свои обязанности, из-за чего уволился с работы. Не женат, живет с родителями.</p> <p>При осмотре: телосложение нормостеническое, кожные покровы бледные. Температура тела в подмышечной впадине 37,7 гр. Пальпаторно выявлено увеличение поднижнечелюстных, заушных, надключичных, подмышечных, паховых лимфатических узлов. При пальпации живота отмечается относительное увеличение живота в размерах; печень выстоит из-под реберной дуги на 1,5-2 см, край умеренно болезненный; при пальпации селезенки отмечается ее увеличение (+7 см).</p> <p>В неврологическом статусе: пациент в сознании, ориентирован в месте, времени и собственной личности. Со стороны ЧМН – сходящееся косоглазие, отставание глаз при слежении за молоточком. Движения в верхних конечностях и в левой ноге сохранены, в правой ноге проверить невозможно ввиду выраженного болевого синдрома и возможной патологии костно-суставного аппарата. Сухожильные рефлексы снижены. Миотонический синдром. ПНП</p>	УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

	<p>выполняет с мимопопаданием с двух сторон, ПКП и позу Ромберга невозможно оценить. При оценке ВПФ отмечено признаки умеренного снижения интеллекта.</p> <p>St.localis: в области н/3 правого бедра и правого коленного сустава отмечается отек, припухлость мягких тканей с признаками кровоизлияния в них. Кожные покровы при пальпации горячие на ощупь, резко болезненны.</p> <p>В ОАК: Hb 120 г/л, RBC 3,45 x 10<sup>12</sup>/л, WBC 15 x 10<sup>9</sup>/л, PLT 114 x 10<sup>9</sup>/л, СОЭ 20 мм/ч.</p> <p>Рентгенография правых бедренной кости и коленного сустава: внутрисуставной перелом правой бедренной кости со смещением отломком. Признаки асептического некроза в области н/3 тела бедренной кости и в области латерального надмыщелка. «Вздутие» дистальных метафизов правой бедренной кости. Расширение суставной щели правого коленного сустава.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Перечислите основные синдромы, выявленные у пациента</li> <li>2) Укажите еще необходимые методы дообследования для данного пациента</li> <li>3) При наличии у пациента вышеописанной клинической картины, признаков гепато- и спленомегалии, поражения ЦНС со снижением интеллекта, поражения костного аппарата, цитопенического синдрома, изменения активности бета-глюкоцереброзидазы 07 нМ/мг/час (норма 4,7 – 19) и уровня хитотриозидазы до 20050 нМ/мг/час можно предположить у пациента следующий диагноз</li> <li>4) Основным принципом терапии болезни Гоше является:</li> <li>5) Дифференциальный диагноз болезни Гоше необходимо проводить со следующими заболеваниями, не относящимися к болезням обмена:</li> </ol>	
17	<p>Пациент С.42 лет, обратился в поликлинику на слабость в левой руке возникшую после сна. Из анамнеза известно: 2 дня назад, после ночного сна в состоянии алкогольного опьянения развилась слабость в левой руке, трудность разгибания кисти и пальцев. Пациент работает слесарем. Выкуривает 1 пачку сигарет в день. Периодически злоупотребляет алкоголем.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 74 уд. в мин., АД – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В неврологическом статусе: сознание ясное, в месте, времени и собственной личности ориентирован. Черепно-мозговые нервы без патологии. Паралич мышц-разгибателей левой кисти и пальцев, нарушение всех видов чувствительности на тыльной поверхности кисти, включая тыльную поверхность проксимальных фаланг I,II и половины III пальцев. Сгибание левой руки в плечевом и локтевом суставах сохранены.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Возникшие у пациента двигательные и чувствительные нарушения соответствуют клинике поражения</li> <li>2) Диагноз поражения периферического нерва ставится в первую очередь на основании:</li> <li>3) Для объективизации патологических изменений нерва, оценки их локализации и степени выраженности, а также для отслеживания динамики проводится:</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

	<p>4) На основании данных клинико-неврологического осмотра пациента, предполагаемым уровнем поражения лучевого нерва можно считать</p> <p>5) При проведении ультразвукового исследования нерва универсальным признаком туннельного синдрома является</p>	
18	<p>Пациентка М., 45 лет доставлена родственниками в приемное отделение многопрофильной больницы. Жалобы на интенсивные боли в пояснице, слабость и онемение в ногах, невозможность самостоятельно помочиться.</p> <p>Состояние ухудшилось день назад, когда после подъема с кровати появились сильнейшие боли в обеих ногах, онемение и слабость в них. За прошедшие сутки больная заметила, что не может самостоятельно помочиться. В течение нескольких лет беспокоят боли в спине; месяц назад после подъема тяжести боли в спине усилились и появились боли по задне-наружной поверхности правого бедра, голени и стопы. Прошла курс амбулаторного лечения, после чего выраженность болевого синдрома несколько уменьшилась.</p> <p>Состояние средней степени тяжести, положение вынужденное из-за сильных болей в пояснице и ногах. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 80 уд.в мин., АД – 135/85 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены.</p> <p>В неврологическом статусе: сознание ясное, в месте, времени и собственной личности ориентирована. Черепно-мозговые нервы без патологии. Сила снижена в мышцах-сгибателях стоп и ягодичных мышцах. Сухожильные рефлексы с рук и коленные сохранены, D=S, ахилловы отсутствуют. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга не проверялась из-за выраженности болевого синдрома, пальценосовую пробу выполняет правильно с обеих сторон. Болевая и тактильная чувствительность отсутствует в аногенитальной области и на задней поверхности ног с двух сторон. При катетеризации мочевого пузыря выведено 800 мл мочи.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Поставьте синдромальный диагноз</li> <li>2) В качестве стандарта диагностики, при возникновении боли в спине пациентке необходимо выполнить</li> <li>3) С целью купирования болевого синдрома возможно использование</li> <li>4) При постановке диагностики «синдрома конского хвоста» пациент показано</li> <li>5) При установлении диагноза радикулопатии на основании клинико-неврологического осмотра и данных нейровизуализации, не подтверждающих наличие дискогенной компрессии лечебно-диагностический алгоритм алгоритм рекомендует</li> </ol>	<p>УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>
18	<p>Пациент С., 25 лет доставлен машиной скорой медицинской помощи. На резкую боль в области шеи и развилась слабость в ногах и руках. При нырянии в незнакомом месте ударился головой о дно. Не смог самостоятельно выйти на берег. Товарищи вынесли его из воды и доставили в больницу. Работает водителем. Не женат. Вредных привычек не имеет. Хронических заболеваний нет.</p> <p>При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Дыхание диафрагмальное, ЧД 24 в мин. В легких дыхание везикулярное, ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 54 уд. в мин., АД – 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный</p>	<p>УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>



	<p>во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Выявляется болезненность при пальпации остистых отростков в области шеи на уровне С5, С6, С7 позвонков.</p> <p>В неврологическом статусе: сознание ясное. Черепно-мозговые нервы без патологии. В верхних конечностях возможно лишь пожимание плечами, в дистальных отделах рук и ногах движения отсутствуют. Мышечный тонус в конечностях снижен. Сухожильные рефлексы: с двуглавых мышц плеча снижены, с трехглавой мышцы плеча, а также коленные и ахилловы рефлексы с обеих сторон отсутствуют. Все виды чувствительности с уровня С6 отсутствуют.</p> <p>Выполнена рентгенография шейного отдела позвоночника и выявлен оскольчатый перелом тела С6 позвонка со смещением отломков.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) При оценке неврологического статуса у спинальных больных целесообразно использовать шкалу</li> <li>2) При оценке мышечной силы у пациента у пациента со спинальной травмой, неотъемлемым диагностическим компонентом осмотра является:</li> <li>3) Диагностический алгоритм комплекса инструментальных исследований в остром периоде позвоночно-спинномозговой травмы в качестве стандарта включает:</li> <li>4) При оказании квалифицированной помощи пациенту с подозрением на травму позвоночника на догоспитальном этапе каждой бригаде «скорой медицинской помощи» необходимо иметь:</li> <li>5) Пациенты с острой осложненной или с неосложненной многоуровневой травмой шейного отдела позвоночника должны быть госпитализированы в:</li> </ol>	
19	<p>Пациентка А. 58 лет, обратилась к врачу. Жалобы на ощущения онемения, покалывания, жжения и боли в стопах, усиливающиеся в ночное время и стихающие после ходьбы, а также легкую слабость в стопах. Около полугода назад появились преходящие ощущения онемения и покалывания в стопах, которые со временем постепенно возникали все чаще, усилились и стали сопровождаться умеренными болями и легкой слабостью в стопах.</p> <p>В течение 5 лет страдает артериальной гипертензией, гипотензивные препараты принимает регулярно. В это же время выявлено нарушение толерантности к глюкозе. Назначенную врачом диету не соблюдала, уровень глюкозы крови не контролировала, к врачам не обращалась, так как ухудшения самочувствия не отмечала.</p> <p>Состояние удовлетворительное. Индекс массы тела – 35 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски, слизистые бледно-розовые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 74 уд. в мин., АД – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В неврологическом статусе: сознание ясное. В месте, времени и собственной личности ориентирована. Черепно-мозговые нервы без патологии. Сила мышц верхних и нижних конечностей: D=S=5 баллов. Мышечный тонус D=S. Сухожильные рефлексы: с рук D=S, с ног: коленные D=S, ахилловы отсутствуют. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга устойчива, ко-</p>	УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

	<p>ординаторные пробы выполняет правильно с обеих сторон. Болевая и температурная чувствительность снижена с обеих сторон с уровня середины голени, по типу «носок». Функции тазовых органов контролирует.</p> <p>В общем анализе крови: Нб 134 г/л, Эр 4,5*10<sup>12</sup>/л, Лейк. 8,7*10<sup>9</sup>/л, СОЭ 8 мм/ч.</p> <p>Биохимический анализ крови: глюкоза крови натощак – 8,2 ммоль/л, креатинин – 92 мкмоль/л, мочевины 8,7 ммоль/л, АсАт 24 Ед, АлАт 22 Ед.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) При неврологическом осмотре, вместе с оценкой болевой и температурной чувствительности, у данного пациента необходимо исследовать:</li> <li>2) На основании описанных симптомов у данной пациентки можно предположить диагноз:</li> <li>3) Диабетическую полиневропатию можно отнести к:</li> <li>4) Наиболее часто развитие дистальной аксонально-демиелинизирующей сенсомоторной полиневропатии может быть одним из первых признаков наличия</li> <li>5) Основным лечебным мероприятием при диабетической полиневропатии является:</li> </ol>	
20	<p>Больной, 55 лет, было выполнено оперативное вмешательство: удаление интрамедуллярной опухоли червя мозжечка. От общей анестезии отошла без особенностей. В первые сутки после операции чувствовала умеренную слабость, головную боль, преимущественно в области послеоперационного шва.</p> <p>В течении последующих 2-х суток отмечалось нарастание интенсивности головной боли, боль приняла распирающий характер, на основании чего было принято решение выполнить люмбальную пункцию.</p> <p>После введения или, через 2 минуты после выведения 10 мл ликвора, у больной произошло резкое угнетение уровня сознания до комы I. На мониторе изменение ритма дыхания по типу Чейн-Стокса с ЧД 20-8 в 1 мин., АД 185\105 мм рт.ст., пульс - 98 в 1 мин.</p> <p>В неврологическом статусе появился выраженный менингеальный синдром - ригидность затылочных мышц + 5 поперечных пальцев, симптом Кернига с угла 50 градусов, двухсторонние положительные симптомы Бабинского.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Какой синдром развился у больной</li> <li>2) Основным диагностическим методом, позволяющим заподозрить у пациента развитие дислокационного синдрома является</li> <li>3) Объективным инструментальным методом, позволяющим подтвердить наличие дислокации мозга может быть</li> <li>4) Основным методом неотложной помощи больному с остро развившемся дислокационным синдроме будет являться</li> <li>5) Основными методами предупреждения внутричерепной гипертензии и как следствия развития дислокации головного мозга у пациентов с объемными образованиями полости черепа является</li> </ol>	<p>УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>
21	<p>Мальчик 12 лет доставлен машиной «скорой помощи» с места автокатастрофы. Ребёнок без сознания. Жалоб не предъявляет.</p> <p>Из анамнеза: Был пассажиром легкового автомобиля, пострадавшим при лобовом столкновении с другим легковым автомобилем. Анамнез жизни неизвестен.</p>	<p>УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10,</p>

	<p>Объективный статус: Дыхание спонтанное, шумное, по типу Чейн-Стокса. ЧДД 10 в 1 минуту. Тоны сердца: приглушенные. Патологические шумы не определяются. АД 140/90 мм рт.ст., ЧСС 60 в 1 мин. Живот: Обычной формы, не вздут. Равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет.</p> <p>В неврологическом статусе: На болевые раздражители глаза не открывает, не локализует боль, речевого ответа нет, экстензорные судороги. Анизокория справа. Парез взора вверх. Гемипарез слева. Двухсторонние симптомы Бабинского. Диссоциация менингеальных симптомов по продольной оси тела.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) К необходимым мероприятиям оказания помощи на раннем госпитальном этапе относятся:</li> <li>2) Выявленные повреждения являются следствием (обоснуйте ответ):</li> <li>3) Насколько необходимо выполнение пациенту люмбальной пункции? Ответ обоснуйте</li> <li>4) Пациенту в экстренном порядке необходимо выполнение:</li> <li>5) Компьютерная томография выявила гиперденное образование в виде «двояковыпуклой линзы» расположенной в правой лобно-височной области, толщиной 1,5см, объемом более 50 см<sup>3</sup>, что является признаком эпидуральной гематомы. Учитывая данные КТ методом лечения повреждения мозга является (ответ обоснуйте):</li> </ol>	<p>ПК-11, ПК-12</p>
<p>22</p>	<p>Женщина 34 лет обратилась к врачу-неврологу. Жалобы на неловкость при движениях, шаткость при ходьбе, неритмичные произвольные движения в туловище, лице и конечностях; частые вспышки гнева, эпизоды пониженного настроения, снижение внимания и бессонницу.</p> <p>Анамнез заболевания: Впервые произвольные движения рук и тела пациентка заметила в 32–летнем возрасте, в дальнейшем отмечала постепенное нарастание симптомов болезни. Неконтролируемые движения усиливаются во время вспышек гнева, снижения настроения и отсутствуют во время сна. Ни в одной из конечностей нет слабости, но больная не может нормально выполнять обычные домашние дела из-за наличия произвольных движений. За последний год несколько раз падала из-за появившейся шаткости при ходьбе.</p> <p>Анамнез жизни: Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Профессиональных вредностей не имеет. Хронические заболевания: гастрит.</p> <p>Семейный анамнез: мать и бабушка по материнской линии имели схожие произвольные движения и умерли в возрасте 55 и 60 лет соответственно. У пациентки есть две сестры и брат. У старшего брата наблюдаются похожие симптомы и изменения в поведении. 26 летний брат и младшая 24 летняя сестра не имеют симптомов. У 10-летней дочери пациентки симптомы отсутствуют.</p> <p>Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост 166 см, масса тела 49 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 13 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 70 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.</p>	<p>УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12</p>

	<p>Неврологический статус: Пациентка в сознании, ориентирована в месте, времени и собственной личности. Эмоционально лабильна, фон настроения снижен. Глазные щели равномерные. Движения глазных яблок в полном объеме, однако пациентка не может фиксировать свой взгляд в одной точке более 30 секунд, отмечаются повторяющиеся мигающие движения. Зрачки округлой формы, размеры не изменены. Фотореакции живые, симметричные. Расстройств чувствительности на лице нет. Мимические пробы выполняет удовлетворительно. Глотание не нарушено. Рефлекс с мягкого нёба и задней стенки глотки сохранен. Язык по средней линии, однако пациентка не способна удерживать язык в высунутом изо рта положении более 30 секунд. Мышечная сила в конечностях – 5 баллов. Сухожильные рефлексы с рук и ног повышены, с расширением рефлексогенных зон, S=D. Патологических стопных знаков не выявляется. Мышечный тонус повышен. Расстройств чувствительности не выявлено. Менингеальные знаки отрицательные. В позе Ромберга не устойчива как с открытыми, так и с закрытыми глазами. При выполнении координаторных проб – дисметрия с 2-х сторон. Тазовые функции контролирует. Выявляются спонтанные неритмичные гиперкинезы во всех конечностях, туловище, мимических мышцах. При ходьбе пошатывается - походка «танцующая».</p> <p>Нейропсихологическое исследование выявило когнитивные нарушения: MMSE: 26 баллов, MoCA-тест: 22 балла.</p> <p>При проведении прямой ДНК-диагностики обнаружено: наличие экспансии тринуклеотидных CAG-повторов в локусе 4p16.3: количество CAG-повторов равно 54</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз</li> <li>2) Характерным для болезни Гентингтона является постепенно нарастающая преимущественная атрофия:</li> <li>3) Каков риск унаследования (в %) болезни Гентингтона у ребёнка в семье с родителем, являющимся гетерозиготным носителем мутации данного заболевания? Ответ обоснуйте.</li> <li>4) На возраст дебюта болезни Гентингтона в первую очередь влияет? (ответ обоснуйте)</li> <li>5) Применение Тетрабеназина при болезни Гентингтона рекомендуется с целью коррекции (ответ обоснуйте):</li> </ol>	
23	<p>Пациентка Б. 39 лет, обратилась с жалобами на асимметрию лица, нарушение вкуса на языке, боль и слабость в конечностях. Из анамнеза известно, что 10 дней назад после перенесенного простудного заболевания развилась асимметрия лица слева. Через сутки присоединились слабость мимических мышц справа, слезотечение, нарушение вкуса на языке. Через 4 дня появились боли в мышцах, затем появилась и стала нарастать слабость в ногах и руках.</p> <p>Наличие хронических заболеваний отрицает.</p> <p>Состояние тяжелое. Сознание ясное, настроение снижено. Больная пониженого питания, кожа чистая. Дыхание везикулярное, тоны сердца не изменены, тахикардия - до 100—106 ударов в 1 мин, АД 120/75 мм рт. ст. Живот мягкий, равномерно болезненный при пальпации. Печень не пальпируется. Нарушения функции тазовых органов нет.</p> <p>В неврологическом статусе: ЧМН: парез VII-пары с обеих сторон - лагофтальм, грубее справа, затруднение при свисте, надувании щек, невозможность наморщить лоб. Патологии других черепных нервов не выявлено. Выраженный периферический тетрапарез. Сила в дистальных отделах ко-</p>	УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

	<p>нечностях снизилась до 1-2 баллов. Глубокие рефлексy отсутствуют, гипестезия кистей и стоп. Нервные стволы болезненные. Менингеальных знаков нет. Вибрационная чувствительность на стопах резко снижена. Клинические анализы крови, мочи в норме. ЦСЖ на 12-й день болезни: белок 1,12 г/л, цитоз - 5 клеток в 1 мкл.</p> <p>1) К необходимым в данной ситуации лабораторным методам обследования относятся, обоснуйте.</p> <p>Назовите необходимые в данной ситуации инструментальные методы исследования, какой результат мы предполагаем увидеть?</p> <p>2) На основании результатов клинико-лабораторных методов обследования данной пациентке можно поставить диагноз</p> <p>3) Перечислите признаки, необходимые для постановки диагноза полиневропатии Гийена-Барре.</p> <p>4) Назовите препараты для проведения специфической терапии, направленной на купирование аутоиммунного процесса при полиневропатии Гийена-Барре.</p>	
24	<p>Вызов в палату к пациенту К. 72 лет, находящемуся на стационарном лечении в отделении плановой кардиологии многопрофильной клинической больницы. Жалоб ввиду наличия речевых нарушений и спутанности сознания жалобы не предъявляет.</p> <p>Анамнез заболевания: Со слов дежурного медицинского персонала около 15 минут назад у пациента во время эмоциональной беседы по телефону сначала резко нарушилась речь, а затем развилась слабость в правых конечностях. Удержать вертикальное положение пациент не смог и упал на правый бок. Вызван дежурный врач.</p> <p>Анамнез жизни: Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Хронические заболевания: гипертоническая болезнь, синдром слабости синусового узла (корригированный установкой электрокардиостимулятора), пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, инфаркт миокарда (9 месяцев назад), ишемический инсульт (2 года назад). Постоянно принимает дабигатран, индапамид и периндоприл. Аллергической реакции на лекарственные препараты ранее не отмечено.</p> <p>Объективный статус: Состояние средней тяжести. Масса тела – 89 кг, рост – 177 см. Температура тела – 36,8°C. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Видимых повреждений кожных покровов нет. ЧД – 17 в минуту. Тоны сердца глухие, ритмичные (ритм ЭКС), ЧСС – 65 в минуту, систолический шум на верхушке, АД – 180/85 мм рт.ст.</p> <p>Неврологический статус: уровень сознания – 13 баллов по шкале ком Глазго. По NIHSS 10 баллов. Пациент заторможен, пытается отвечать на вопросы, однако речь нечеткая, прерывистая, изобилует парафазиями. Черепные нервы: зрачки симметричные, округлой формы, фотореакция сохранна. Конвергенция и аккомодация не нарушены. Прозопарез справа по центральному типу. Глотание сохранно. Девиация языка вправо. Мышечная сила в правых конечностях – 3 балла, в левых конечностях – 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексy с рук и ног d&gt;s, симптом Бабинского положительный справа. Гемигипестезия справа. Менингеальные знаки отрицательные.</p> <p>1) Какое исследование должно быть проведено в экстренном порядке для определения причины развития неврологической симптоматики и исключения внутричерепных нарушений? Ответ обоснуйте.</p>	УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

	<p>2) По данным МСКТ ГМ: КТ-признаков гематомы, ишемии и объемного образования головного мозга на момент исследования не выявлено. Сформулируйте и обоснуйте наиболее вероятный предварительный диагноз.</p> <p>3) К обязательным методам инструментального обследования при подозрении на «острое нарушение мозгового кровообращения» является:</p> <p>4) Пациенту с предположительным диагнозом «острое нарушение мозгового кровообращения» для определения дальнейшей тактики ведения требуется экстренное определение:</p> <p>5) По результатам анализов: Глюкоза крови 6,8 ммоль/л, Тромбоциты 300000/мм<sup>3</sup>, АЧТВ 25, 1 сек, МНО 1,1. Показано ли проведение внутривенной тромболитической терапии данному пациенту? Ответ обоснуйте.</p>	
--	---	--

### 3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

#### 3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Код компетенции	Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
	Балл	Оценка	
УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	5	Отлично	90-100%
	4	Хорошо	80-89%
	3	Удовлетворительно	70-79%
	2	Неудовлетворительно	Менее 70%

#### 3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	Обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о прочных знаниях и глубоком понимании содержания дисциплины (практики); проявляет творческий подход в раскрытии содержания вопросов и умение использовать его для обоснования выводов и ре-	Обучающийся дает ответы на вопросы, показывающие прочные знания и глубокое понимание содержания дисциплины (практики); проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения и навыки;	Обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; в основном, раскрывает вопросы по дисциплине (практике) верно, но одно-сторонне и недостаточно полно, допускает ошибки	Обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях материала по дисциплине (практике); допускает грубые ошибки при выполнении заданий (при ответах на вопросы; решении ситуационных задач;

	<p>комендаций; показывает аналитические способности восприятия материала при оценке конкретных ситуаций с использованием данных обязательной и дополнительной литературы; демонстрирует логичность и последовательность в изложении материала</p>	<p>излагает материал логично и последовательно; при этом допускаются отдельные незначительные ошибки</p>	<p>в изложении фактического материала; показывает недостающие умения делать выводы и обобщения; отмечаются отдельные нарушения в последовательности изложения материала</p>	<p>выписывании рецептов на лекарственные средства) или невыполнение заданий; дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости</p>
--	---	--	---	--

### 3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.