

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования



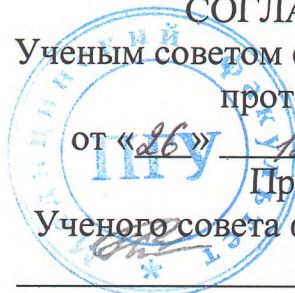
УТВЕРЖДАЮ

Министр здравоохранения ПМР

К.В.Албул

2026 г.

СОГЛАСОВАНО
Ученым советом факультета
протокол № 6
от «26» 12 2024г.
Председатель
Ученого совета факультета
Г.Н.Самко



ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ
образовательной программы послевузовского профессионального
образования- программы ординатуры

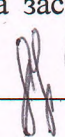
Специальность **31.08.42 НЕВРОЛОГИЯ**

Квалификация выпускника: врач – невролог

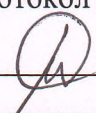
Трудоемкость: 108 часов-3з.е.

Сроки проведения: с 30 июня 2025г. по 12 июля 2025г.

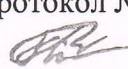
Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы высшего образования- программы ординатуры по специальности 31.08.42 Неврология разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.42 Неврология (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 670 от 28.07.2021г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры»)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Терапии с циклом фтизиатрии протокол № 4 от «10» 11 2024 г.  Лосева Н.Г.

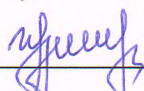
Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК факультета «10» 12 2024 г. (протокол № 4)

Председатель УМК  А.В. Васильчук

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС факультета «26» 12 2024 г. (протокол № 6)

Председатель УС  Г.Н. Самко

Программу составили:

Ассистент  Бутенко Ж.А.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
 - 4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
 - 4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
 - 4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
 - 6.1 Критерии оценки результатов тестирования
 - 6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
 - 6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
 - 7.1 Тестирование
 - 7.2 Практические навыки.
 - 7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08. 42 «Неврология».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08. 42 «Неврология», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач - невролог).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08. 42 «Неврология» завершается присвоением квалификации " врач - невролог".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;

б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование - УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

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

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

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

4) готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков - ПК4;

б) диагностическая деятельность - готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

в) лечебная деятельность:

1) готовностью к ведению, и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи - ПК6;

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

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

д) психолого-педагогическая деятельность - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих - ПК9;

е) организационно-управленческая деятельность:

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

1) готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей - ПК11.

4. Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1. Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе ординатуры 31.08. 42 «Неврология» проводится в форме государственного экзамена.

4.2. Трудоемкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3. Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование, проводится для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности (согласно Приказу Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31.05.2022г №477 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам послевузовского профессионального образования – программам ординатуры, а также Порядка реализации образовательных программ послевузовского профессионального образования – программ ординатуры» (регистрационный № 11145 от 15 июля 2022 года) (САЗ 22-27)). Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа).

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Неврология с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА ординатору выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирования	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2,
2 этап - оценка практических навыков и умений	ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7
3 этап – устный экзамен по дисциплине	ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА. Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. Критерии оценки результатов тестирования

Подведение итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по пятибалльной системе:

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат

государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7. Содержание государственного экзамена

7.1. Тестирование: Приложение 1

7.2. Практические навыки: Приложение 2

7.3. Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Основная литература:

1. Скоромец А.А. Атлас по клинической неврологии, 2014г.
2. Мументалер М. «Неврология», 2019 г.
3. Брадис П.У. и соавт. «Топическая диагностика в клинической неврологии», 2014 г.
4. Парфенов В.А., Головачева В.А. "Хроническая боль и ее лечение в неврологии", 2018 г.
5. Парфенов В.А., Исайкин А.И. "Боль в спине: мифы и реальность", 2018 г.

6. Парфенов В.А., Хасанова Д.Р. "Ишемический инсульт", 2012 г.

Дополнительная литература:

1. Захаров В.В., Яхно Н.Н. «Нарушения памяти», 2002 г.
2. Яхно Н.Н. и соавт. Деменции. Рук-во для врачей, 2010 г.
3. Гринберг Д., Аминофф М. «Клиническая неврология», 2009 г.
4. «Руководство по нервным болезням», под ред. Яхно Н.Н., т.1,2, 2010 г.
5. Боль. Рук-во для студентов и врачей. Под ред. Н.Н.Яхно, 2010
6. Биллер Х. «Практическая неврология» в 2-х томах, 2008 г.
7. «Вегетативные расстройства» (под ред. Голубева В.М.), 2010 г.
8. Дамулин И.В. «Болезнь Альцгеймера и сосудистые деменции», 2002 г.
9. Дуус П. «Топический диагноз в неврологии», 1995 г.
10. «Экстрапирамидные расстройства» под ред. Штока В.Н., Левина О.С., 2002 г.
11. Яхно Н.Н., Алексеев В.В. «Головная боль», 2002 г.
12. «Секреты неврологии» под ред. Ролака Л., 2008 г.
13. Левин О.С. «Полинеuropатии», 2005 г.
14. Иллариошкин С.Н. «Наследственные атаксии и параплегии», 2008 г.
15. Орлова О.Р., Яхно Н.Н. «Применение Ботокса в клинической практике», 2001 г.
16. Плам Ф., Позер Дж. «Диагностика ступора и комы», 1986 г.
17. Ронкин М.А., Зенков Л.Р. «Функциональная диагностика нервных болезней», 1995 г.
18. Виленский Б.С. «Экстренная неврология» (справочник), 2009 г.
19. Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н. «Рассеянный склероз», 2010 г.
20. Броун Т. «Эпилепсия» (руководство), 2006 г.
21. Голубев В.М., Вейн А.М. «Неврологические синдромы», 2004 г.
22. «Внутренние болезни» под ред. Харрисона, тт.1,10, 1997 г.
23. Лобзин В.С. «Менингиты и арахноидиты», 1983 г.
24. Макаров А. Ю. «Клиническая ликворология», 1984 г.

ВАРИАНТ № 1

Выбрать один правильный ответ:

1. Признаком, характеризующим тромбоз внутренней сонной артерии, является:
 - 1) альтернирующий синдром Захарченко-Валленберга
 - 2) альтернирующий синдром Вебера
 - 3) альтернирующий оптикопирамидный синдром
 - 4) сенсорная афазия
2. К структурам эфферентной нервной регуляции мозгового кровообращения относятся:
 - 1) рецепторы синокаротидной зоны
 - 2) рецепторы магистральных и мозговых сосудов, вазомоторных центров ствола
 - 3) сочетанное влияние рецепторов синокаротидной зоны и рецепторов сосудов мозга
 - 4) сочетанное влияние рецепторов вазомоторных центров ствола и рецепторов сосудов мозга
3. ЭХО-ЭГ при кровоизлиянии в паренхиму мозга /по типу гематомы/:
 - 1) М-ЭХО без смещения
 - 2) смещение М-ЭХО больше 3 мм
 - 3) смещение М-ЭХО больше 14 мм
4. Менингит обычно не развивается при:
 - 1) открытой черепно-мозговой травме
 - 2) открытой позвоночно-спинальной травме
 - 3) переломах и трещинах основания черепа, сопровождающихся ликвореей
 - 4) закрытой черепно-мозговой травме
5. Морфологическим субстратом ранних форм нейросифилиса являются:
 - 1) воспалительные изменения в оболочках головного и спинного мозга
 - 2) воспалительные изменения в сосудах ЦНС
 - 3) дегенеративные изменения паренхимы головного и спинного мозга
 - 4) очаги демиелинизации в ЦНС
 - 5) изменения воспалительного характера в оболочках и сосудах головного и спинного мозга
6. Оптикохиазмальный арахноидит характеризуется:
 - 1) снижением остроты зрения
 - 2) концентрическим сужением полей зрения
 - 3) отеком дисков зрительных нервов
 - 4) все перечисленное
 - 5) снижением остроты зрения и сужением полей зрения
7. Психические нарушения при СПИДе представлены следующими симптомами:
 - 1) снижением памяти и критики
 - 2) дезориентированностью и галлюцинациями
 - 3) прогрессирующей деменцией
 - 4) снижением памяти и критики с прогрессирующей деменцией
 - 5) все перечисленное
8. При лечении острого рассеянного энцефаломиелита применяют:
 - 1) нестероидные противовоспалительные средства
 - 2) анаболические стероидные гормоны
 - 3) синтетические глюкокортикоиды
 - 4) эстрогенные стероидные препараты
9. Невринома VIII черепного нерва часто является проявлением:
 - 1) синдрома Денди-Уокера
 - 2) сириномиелии
 - 3) аневризмы перекаллезной артерии
 - 4) болезни Реклингаузена
 - 5) синдрома Вербиста
10. Очаговая симптоматика при гипертензионном синдроме:
 - 1) приступообразные ночные головные боли
 - 2) застойные диски зрительных нервов
 - 3) расстройства сознания
 - 4) парез взора
11. Опухолью передних отделов боковых желудочков наиболее часто является:
 - 1) менингиома
 - 2) хориоидпапиллома
 - 3) эпендимомы
 - 4) астроцитомы
12. Адверсивные судорожные приступы с насильственным поворотом головы в здоровую сторону чаще наступает при локализации опухоли в следующей доли мозга:
 - 1) лобной
 - 2) теменной

- 3) височной
 - 4) затылочной
 - 5) любой из вышеперечисленных
13. Экстраселлярный рост и признаки снижения функции гипофиза характерны для аденом гипофиза следующего гистологического типа:
- 1) эозинофильных
 - 2) базофильных
 - 3) хромофобных
 - 4) для всех перечисленных типов в одинаковой степени
14. Перкуссия головы усиливает головную боль при опухоли головного мозга за счет:
- 1) нарушения ликвороциркуляции
 - 2) нарушения внутричерепного кровообращения
 - 3) натяжения и дислокации оболочек и черепных нервов
 - 4) затруднения венозного оттока
 - 5) всех перечисленных факторов
15. При травматической эпидуральной гематоме:
- 1) больные должны лечиться на дому из-за опасности транспортировки
 - 2) показано консервативное лечение
 - 3) показано оперативное лечение в условиях нейрохирургического стационара
 - 4) показано оперативное лечение в условиях общехирургического стационара
16. Эпидуральные гематомы часто ограничены:
- 1) швом костей свода
 - 2) корой мозга
 - 3) ворсинчатыми сплетениями
 - 4) прозрачной перегородкой
 - 5) серповидным отростком
17. Брадикардия, гемипарез, мидриаз являются классической картиной:
- 1) каротидно-кавернозного соустья
 - 2) опухоли гипофиза
 - 3) травматической внутричерепной гематомы
 - 4) компрессионной сосудистой невропатии
 - 5) аномалии Арнольда-Киари
18. Источником формирования субдуральных внутричерепных гематом является:
- 1) артерия Адамкевича
 - 2) передние ворсинчатые артерии
 - 3) задние ворсинчатые артерии
 - 4) дуго-пиальные перегородки
 - 5) вена прозрачной перегородки
19. Для осложненного перелома грудного отдела позвоночника характерен:
- 1) верхний парапарез
 - 2) нижний парапарез
 - 3) лагофтальм
 - 4) тетрапарез
 - 5) верхний монопарез
20. Важным диагностическим признаком субдуральных гематом является:
- 1) анизокория
 - 2) равномерность зрачков
 - 3) расширение зрачков
 - 4) ликвор с нейтрофильным плеоцитозом
21. Грыжа межпозвонкового диска клинически характеризуется развитием:
- 1) синдрома лестничной мышцы
 - 2) спастической кривошеи
 - 3) синдромом локтевого туннеля
 - 4) синдромом грушевидной мышцы
 - 5) корешковым синдромом
22. Для поражения седалищного нерва характерно:
- 1) отсутствие ахиллова рефлекса
 - 2) отсутствие коленного рефлекса
 - 3) гипестезия по передней поверхности бедра
 - 4) положительный симптом Вассермана
23. Эффект антидепрессантов при вегетативных кризах обычно наступает:
- 1) немедленно
 - 2) через 3 дня
 - 3) через 1-2 недели
 - 4) через 2-4 недели
 - 5) через 3 месяца
24. Тазовые расстройства не характерны:

- 1) для рассеянного склероза
 - 2) для оливопонтocerebellарной атрофии
 - 3) для болезни Паркинсона
 - 4) для бокового амиотрофического склероза
 - 5) для мультисистемной атрофии
25. Вариантом рефлекторной симпатической дистрофии является:
- 1) синдром Персонеджа-Тернера (невралгическая амиотрофия)
 - 2) синдром Стейнброекера (плечо-кисть)
 - 3) синдром «замороженного плеча»
 - 4) задний шейный симпатический синдром
 - 5) все перечисленное
26. При невропатических болях стреляющего характера наиболее эффективны:
- 1) антидепрессанты
 - 2) антиконвульсанты
 - 3) нестероидные противовоспалительные средства
 - 4) симпатолитики
 - 5) антидепрессанты и антиконвульсанты
27. Наиболее частой причиной одностороннего феномена Рейно является:
- 1) синдром верхней апертуры грудной клетки
 - 2) синдром запястного канала
 - 3) шейная радикулопатия
 - 4) спондилогенная цервикальная миелопатия
 - 5) синдром подключичного обкрадывания
28. Прогрессирующие мышечные дистрофии обусловлены поражением:
- 1) цереброспинальных пирамидных путей
 - 2) мотонейронов передних рогов спинного мозга
 - 3) периферического двигательного нейрона
 - 4) ничего из перечисленного
 - 5) всего перечисленного
29. Изменение контура ног по типу «опрокинутой бутылки» обусловлено изменением массы мышц:
- 1) при амиотрофии Шарко-Мари-Тута
 - 2) при мышечной дистрофии Эрба
 - 3) при мышечной дистрофии Бекера
 - 4) при амиотрофии Кугельберга-Веландера
30. При дрожательной и дрожательно-ригидной форме гепатолентикулярной дегенерации преобладает:
- 1) тремор в руках, с усилением в среднефизиологическом положении сгибания
 - 2) усиление тремора при целенаправленных движениях
 - 3) тремор по типу «трепетания крыльев птицы»
 - 4) тремор в туловище
 - 5) тремор в туловище и тремор по типу «трепетания крыльев»
 - 6) ничего из перечисленного
31. Приступ при гиперкалиемической и нормокалиемической форме пароксизмальной миоплегии возникает:
- 1) во время отдыха после физической нагрузки
 - 2) в состоянии покоя днем
 - 3) во время ночного сна
32. Болезнь Паркинсона проявляется следующими синдромами:
- 1) хореоатетодным
 - 2) акинетико-ригидным
 - 3) вестибуломозжечковым
 - 4) денторубральным
 - 5) гиперэксплексией
33. Достаточными клиническими признаками в диагностике синингомиелии являются:
- 1) сегментарные диссоциированные нарушения чувствительности
 - 2) наличие дизрафических черт строения опорно-двигательного аппарата соответствующих сегментарным нарушениям чувствительности
 - 3) нижний спастический парализ
 - 4) все перечисленное
 - 5) дизрафические черты строения опорно-двигательного аппарата и диссоциированные сегментарные расстройства чувствительности
34. При лечении болезни Паркинсона ДОФА-содержащими средствами возможны следующие побочные симптомы:
- 1) судорожные синдромы
 - 2) вестибулярные расстройства

- 3) хореоатетодный гиперкинез
 - 4) горизонтальный нистагм
 - 5) гиперэксплексия
35. Аутосомно-доминантная мозжечковая атаксия отличается от атаксии Фридрейха:
- 1) наличием пирамидных патологических симптомов (спастичность)
 - 2) нарушением походки (мозжечково-сенситивный вариант)
 - 3) наличием глазодвигательных нарушений
 - 4) «Стопа Фридрейха»
 - 5) сочетанием спастичности и глазодвигательных нарушений
36. Характерной чертой нижнего парапареза при болезни Штрюмпеля является:
- 1) преобладание слабости над спастичностью
 - 2) преобладание спастичности над слабостью
 - 3) преобладание мозжечковых симптомов над пирамидными
 - 4) сочетание пирамидных симптомов с фибрилляцией мышц
 - 5) сочетание пирамидных симптомов с сенситивной атаксией
37. Нейрофибромы при нейрофиброматозе могут локализоваться:
- 1) по ходу периферических нервов
 - 2) в спинномозговом канале по ходу корешков
 - 3) интракраниально по ходу черепных нервов
 - 4) на любом из указанных участков
38. Компьютерная томография мозга не показана, если у больного с поражением головного мозга:
- 1) диагностирован инфаркт миокарда
 - 2) появились признаки поражения ствола
 - 3) бессознательное состояние
 - 4) лучевая болезнь
 - 5) все перечисленное
39. Для коматозного состояния не характерно:
- 1) снижение сухожильных рефлексов
 - 2) двусторонний симптом Бабинского
 - 3) угнетение брюшных рефлексов
 - 4) угнетение зрачковых реакций
 - 5) целенаправленные защитные реакции
40. Внутримозговое обкрадывание очага ишемического инсульта наступает в результате:
- 1) нарушения ауторегуляции кровообращения в очаге
 - 2) спазма сосудов пораженного участка мозга
 - 3) спазма сосудов неповрежденных отделов мозга
 - 4) расширения «здоровых» сосудов неповрежденных отделов мозга
 - 5) раскрытия артериовенозных анастомоз
41. Для купирования приступа мигрени наиболее эффективны препараты:
- 1) триптаны
 - 2) сосудорасширяющие
 - 3) антигистаминные
 - 4) антисератониновые
 - 5) противосудорожные
42. Для коррекции падения сердечной деятельности при острой черепно-мозговой травме целесообразно назначить:
- 1) адреналин
 - 2) норадреналин
 - 3) мезатон
 - 4) дофамин
 - 5) эфедрин
43. При кровоизлиянии в ствол мозга не является обязательным:
- 1) поражение черепных нервов
 - 2) менингеальный синдром
 - 3) зрачковые расстройства
 - 4) двусторонние пирамидные симптомы
44. Горметонией называют состояние, при котором наблюдается:
- 1) генерализованная гипотония мышц в сочетании с нарушением ритма дыхания
 - 2) повышение мышечного тонуса в сгибателях верхних конечностей и разгибателях нижних конечностей
 - 3) повышение мышечного тонуса в разгибателях верхних конечностей и сгибателях нижних конечностей
 - 4) повторяющиеся пароксизмы повышения мышечного тонуса в разгибателях конечностей
45. Противопоказанием к транспортировке в неврологический стационар является:
- 1) утрата сознания
 - 2) рвота
 - 3) психомоторное возбуждение
 - 4) инфаркт миокарда
 - 5) отек легких
46. Подозрение на объемный процесс головного мозга возникает, если заболевание характеризуется признаками:

- 1) нарастающей внутричерепной гипертензией
 - 2) очагового церебрального поражения
 - 3) общемозговыми симптомами
 - 4) очаговой симптоматикой и нарастающей внутричерепной гипертензией
 - 5) всеми перечисленными
47. Острый полирадикулоневрит типа Ландри от других острых полирадикулоневритов отличают:
- 1) вялые параличи дистальных отделов конечностей
 - 2) сухожильная арефлексия
 - 3) нарушение дыхания
 - 4) нарушение чувствительности в дистальных отделах конечностей
 - 5) восходящий тип последовательности появления неврологических симптомов
48. При острых заболеваниях бронхов и легких церебральные неврологические осложнения обусловлены развитием гипоксии:
- 1) ишемической (дисциркуляторной)
 - 2) гипоксической
 - 3) анемической
 - 4) метаболической
 - 5) комбинированной
49. При эритромии неврологические осложнения развиваются вследствие:
- 1) тромбоцитопении с геморрагическими периваскулярными экстравазатами
 - 2) тромбоза церебральных артерий с ишемическим поражением ЦНС
 - 3) метаболической аноксии
 - 4) все вышеперечисленное
 - 5) ничего из перечисленного
50. Развитие неврологических синдромов при панкреатитах в основном связано с:
- 1) нарушением эндокринных функций
 - 2) нарушением экзокринных функций
 - 3) алиментарным дефицитом
 - 4) гиперпротеинемией
51. Алкогольная полиневропатия связана с:
- 1) дефицитом витаминов группы В
 - 2) непосредственным токсическим воздействием метаболитов этанола
 - 3) поражением печени
 - 4) верно все перечисленное
 - 5) дефицитом витаминов группы В, токсическим воздействием метаболитов этанола
52. Развитию эпилептического припадка способствует:
- 1) ацидоз
 - 2) алкалоз
 - 3) гиперкапния
 - 4) ни один из этих факторов.

Выбрать все правильные ответы:

53. Очаговые симптомы, характерные для тромбоза передней мозговой артерии:
- 1) нарушения зрения
 - 2) центральный парез ноги
 - 3) центральный парез руки
 - 4) нарушения психики
 - 5) менингеальные симптомы
54. Очаговые симптомы, характерные для тромбоза позвоночной артерии:
- 1) альтернирующий синдром
 - 2) мозжечковая атаксия
 - 3) нистагм
 - 4) головная боль
 - 5) менингеальные симптомы
55. Этиологические факторы ишемического инсульта:
- 1) гипертоническая болезнь
 - 2) атеросклероз
 - 3) нарушения сердечного ритма
 - 4) системные васкулиты
 - 5) болезни крови
56. Симптомы, характерные для субарахноидального кровоизлияния:
- 1) внезапная головная боль
 - 2) гемипарез
 - 3) постепенное нарастание симптомов
 - 4) менингеальные симптомы

57. При проходящих нарушениях мозгового кровообращения в системе внутренней сонной артерии:
- 1) наиболее часто наблюдаются онемение, покалывание на ограниченных участках лица или конечностей
 - 2) возможны нарушения чувствительности по гемитипу
 - 3) двигательные расстройства чаще ограничены рукой или ногой
 - 4) двигательные и чувствительные расстройства часто сочетаются с нарушениями речи по типу дизартрии или афазии
58. В отношении тромботического ишемического инсульта справедливо:
- 1) ему часто предшествуют ПНМК
 - 2) часто развивается в ночное время суток
 - 3) характерно нарастание симптомов в течение нескольких часов
 - 4) характерно молниеносное развитие
59. При обширных инфарктах в бассейне передней мозговой артерии (ПМА):
- 1) возникает спастический гемипарез контралатеральных конечностей
 - 2) парез преимущественно локализуется в проксимальном отделе руки и дистальном отделе ноги
 - 3) никогда не бывает расстройств чувствительности
 - 4) часто развивается задержка мочи
 - 5) часто возникает хватательный рефлекс и симптомы орального автоматизма
60. Для окклюзии основной артерии характерно:
- 1) высокая летальность
 - 2) быстрое развитие комы
 - 3) отсутствие расстройств сознания
 - 4) развитие тетраплегии
 - 5) наличие глазовдвигательных расстройств
61. При прорыве крови в желудочковую систему:
- 1) углубляются расстройства сознания
 - 2) появляются горметонические судороги
 - 3) отсутствуют нарушения витальных функций
 - 4) появляются холодный пот, гипертермия
 - 5) отсутствует вегетативная симптоматика
62. При острой гипертонической энцефалопатии:
- 1) преобладают грубо выраженные общемозговые симптомы
 - 2) никогда не бывает вегетативно-сосудистых реакций
 - 3) на первый план выступает диффузная головная боль сопровождающаяся тошнотой и рвотой
 - 4) преобладают грубо выраженные очаговые симптомы
63. Для спастико-атрофического синдрома при хронической шейной ишемической миелопатии характерна симптоматика поражения:
- 1) переднего рога спинного мозга
 - 2) бокового столба (пирамидная недостаточность)
 - 3) заднего рога спинного мозга
 - 4) задних столбов спинного мозга
64. Для острой ишемии грудных сегментов спинного мозга характерно:
- 1) полная вялая нижняя параплегия
 - 2) полная спастическая нижняя параплегия
 - 3) тотальная анестезия нижних конечностей
 - 4) нарушение функции тазовых органов
65. При диагностике вирусного энцефалита:
- 1) в ЦСЖ обнаруживается лимфоцитарный плеоцитоз
 - 2) в ЦСЖ белок понижается
 - 3) в периферической крови изменения отсутствуют
 - 4) в периферической крови выявляются лейкоцитоз, повышение СОЭ
66. Герпетический энцефалит характеризуется:
- 1) быстрым развитием менингеальных симптомов
 - 2) отсутствием эпилептического синдрома
 - 3) легким течением, быстрым выздоровлением
 - 4) крайне тяжелым течением, высокой смертностью
67. При гриппозном энцефалите:
- 1) возможно развитие неврологических симптомов через 1-2 недели после гриппа
 - 2) характерен умеренный менингеальный синдром
 - 3) часто имеются признаки поражения периферической нервной системы
 - 4) течение обычно благоприятное
68. Особенности ревматического энцефалита являются:
- 1) развитие гиперкинезов
 - 2) отсутствие гиперкинезов
 - 3) отсутствие психических расстройств

- 4) наличие выраженных вегетативных расстройств
69. В ранней стадии менингита:
- 1) часто возникает рвота, не связанная с приемом пищи
 - 2) рвота всегда связана с приемом пищи
 - 3) возможны судороги
 - 4) судорог никогда не бывает
 - 5) возможно психомоторное возбуждение
70. При подозрении на менингит в ЦСЖ исследуются:
- 1) ликворное давление
 - 2) белок
 - 3) сахар и хлориды
 - 4) клеточный состав
 - 5) микроорганизмы
71. При менингите, вызванном вирусами герпеса:
- 1) показано назначение РНК-азы
 - 2) показано назначение ДНК-азы
 - 3) эффективен ацикловир
 - 4) неэффективен ацикловир
 - 5) разгрузочные люмбальные пункции не показаны
72. Бляшки при рассеянном склерозе наиболее часто локализуются:
- 1) в зрительном бугре
 - 2) в зрительных нервах
 - 3) в боковых канатиках спинного мозга
 - 4) в мозжечке
73. Поражения зрительного нерва при рассеянном склерозе проявляются:
- 1) ощущением нечеткости изображения
 - 2) преходящей слепотой
 - 3) снижением остроты зрения
 - 4) скотомами
74. Церебральная форма рассеянного склероза характеризуется:
- 1) нистагмом
 - 2) нарушением психики
 - 3) нарушением зрения
 - 4) интенционным дрожанием
 - 5) тазовыми нарушениями
75. При синдроме запястного канала:
- 1) болевая чувствительность не страдает
 - 2) имеют место онемение и парестезии в I, II, III пальцах
 - 3) возникает слабость мышцы, противопоставляющей 1-палец
 - 4) при перкуссии зоны запястного канала возникают парестезии в кисти
76. Отметьте симптомы невропатии лицевого нерва:
- 1) снижение чувствительности в половине лица
 - 2) парез мимических мышц половины лица
 - 3) слезотечение или сухость глаз
 - 4) расходящееся косоглазие
 - 5) гиперакузия
77. При диабетической полиневропатии:
- 1) рано развиваются нарушения вибрационной чувствительности и снижение ахилловых рефлексов
 - 2) вибрационная чувствительность практически не страдает
 - 3) боли могут нарастать под влиянием тепла и в покое
 - 4) не возникает нарушений вегетативной иннервации
78. При поражении верхнего первичного ствола плечевого сплетения:
- 1) отсутствуют двигательные расстройства
 - 2) невозможно отведение руки в плечевом суставе и сгибание ее в локтевом
 - 3) движения пальцев руки и кисти сохраняются
 - 4) снижена чувствительность по наружному краю плеча и предплечья
79. Раннему развитию остеохондроза и его клиническим проявлениям способствуют:
- 1) наличие переходных пояснично-крестцовых позвонков
 - 2) расщепление дужек позвонков
 - 3) шейные ребра
 - 4) узость позвоночного канала
80. При компрессии корешка S_1 :
- 1) нарушена чувствительность по наружной поверхности стопы
 - 2) снижается или исчезает ахиллов рефлекс

- 3) снижается или исчезает коленный рефлекс
 - 4) нарушена чувствительность по передней поверхности бедра
81. Алкогольная полиневропатия:
- 1) чаще развивается подостро
 - 2) никогда не проявляется парезами и параличами
 - 3) характеризуется парестезиями в дистальных отделах конечностей, болезненностью в икроножных мышцах
 - 4) часто проявляется парезами и параличами, более выраженными в ногах
82. В паралитической стадии полиомиелита:
- 1) развитию параличей предшествуют фасцикуляции
 - 2) отмечается повышенная чувствительность мышц к давлению
 - 3) чаще параличи достигают максимума в течение первых суток
 - 4) никогда не страдают межреберные мышцы и диафрагма
83. Синдром малой грудной мышцы (гиперабдукторный синдром) возникает:
- 1) иммобилизацией при переломе плечевой кости
 - 2) при сильном отведении руки при наркозе
 - 3) при длительной работе с поднятыми вверх руками
 - 4) сон, с запрокинутой за голову рукой
84. В основе развития лекарственных полиневропатий лежат:
- 1) нарушение обменных процессов в миелиновых оболочках нервов
 - 2) изменение раздражимости и проводимости
 - 3) блокирование нервно-мышечной передачи
 - 4) дегенеративный процесс в позвоночнике
85. Синдром передней лестничной мышцы (скаленус-синдром) может развиваться вследствие:
- 1) локального поражения передней лестничной мышцы в сочетании со сдавлением плечевого сплетения и подключичной артерии
 - 2) аномалии позвоночника и верхней апертуры грудной клетки
 - 3) увеличения поперечного отростка C₇
 - 4) вирусного поражения вегетативных структур
 - 5) наличия шейных ребер
86. Задний шейный симпатический синдром (синдром Барре-Льеу) характеризуется:
- 1) краниалгией и расстройством чувствительности в области лица
 - 2) кохлеовестибулярными расстройствами
 - 3) зрительными расстройствами
 - 4) мозжечковыми расстройствами
87. Для невралгии затылочного нерва характерны:
- 1) боль в околоушной области
 - 2) боль в области затылка с иррадиацией в надплечье
 - 3) болезненность при пальпации остистых отростков C₃-C₇
 - 4) напряжение мышц шеи
 - 5) болезненность при повороте головы в противоположную сторону
88. Основные симптомы опухоли головного мозга:
- 1) симптомы отека мозга
 - 2) очаговые симптомы
 - 3) менингеальный синдром
 - 4) повышение содержания белка в ликворе
 - 5) повышение содержания нейтрофилов в ликворе
89. Симптомы, характерные для опухолей лобной доли:
- 1) гемипарез
 - 2) моторная афазия
 - 3) джексоновские двигательные припадки
 - 4) нарушения чувствительности
90. Симптомы, характерные для опухоли верхнегрудного отдела спинного мозга (экстремедулярной):
- 1) боль при поколачивании над остистыми отростками позвонков
 - 2) тетрапарез
 - 3) нижний парапарез
 - 4) нарушение функций тазовых органов
91. Симптоматика, характерная для опухоли конского хвоста:
- 1) корешковые боли
 - 2) нарушение тазовых функций
 - 3) нижний спастический парапарез
 - 4) гипестезия в области промежности и нижних конечностей
 - 5) нижний вялый парапарез (часто ассиметричный)
92. При ушибе головного мозга:
- 1) нарушения сознания могут быть длительными и глубокими

- 2) не бывает менингеальных симптомов
 - 3) выражены очаговые симптомы
 - 4) возможны эпилептические припадки
93. Появление очаговой неврологической симптоматики при ЧМТ характерно для:
- 1) контузии головного мозга
 - 2) сотрясения головного мозга
 - 3) травматического субарахноидального кровоизлияния
 - 4) травматической субдуральной гематомы
 - 5) всего перечисленного
94. Для сдавления головного мозга травматической внутричерепной гематомой характерны симптомы:
- 1) расстройство сознания
 - 2) наличие «светлого промежутка»
 - 3) смещение М-Эхо при Эхо-ЭГ
 - 4) брадикардия
95. Для каротидно-кавернозного соустья как осложнения острой ЧМТ характерны:
- 1) менингеальные симптомы
 - 2) пульсирующий шум в голове
 - 3) экзофтальм
 - 4) нейтрофильный плеоцитоз в ликворе
96. У больного, с впервые возникшим судорожным припадком необходимо исключить:
- 1) опухоль головного мозга
 - 2) абсцесс мозга
 - 3) менингоэнцефалит
 - 4) субарахноидальное кровоизлияние
97. При наличии судорожного синдрома в диагностическом плане целесообразно проведение:
- 1) электроэнцефалографии
 - 2) эхоэнцефалографии
 - 3) исследования глазного дна
 - 4) компьютерной томографии
98. При эпилепсии генетически предопределены:
- 1) судорожная готовность мозга
 - 2) состояние клеточных мембран
 - 3) эпилептизация нейронов
 - 4) энергетический баланс клетки
99. Клинические проявления парциального эпилептического припадка:
- | | |
|--------------|--------------|
| 1) сложный | 3) grand mal |
| 2) petit mal | 4) простой |
100. Для классической (офтальмической) формы мигрени характерны:
- 1) предвестники в виде обонятельных и слуховых галлюцинаций
 - 2) предвестники в виде преходящей гемианопсии, фотопсий
 - 3) расширение и напряженность височной артерии
 - 4) слезотечение, покраснение глазных яблок на стороне боли
 - 5) отсутствие гиперсаливации, тошноты, рвоты

ВАРИАНТ № 2

Выбрать один правильный ответ:

1. Закупорку экстракраниального отдела позвоночной артерии от закупорки интракраниального ее отдела отличает наличие:
 - 1) классических альтернирующих синдромов
 - 2) глазодвигательных расстройств
 - 3) двигательных и чувствительных нарушений
 - 4) «пятнистости» поражения ствола по длиннику
 - 5) вестибуломожжечковых нарушений
2. К симптомам, характерным для поражения левой передней мозговой артерии, относятся:

1) нарушение психики	4) апраксия левой руки
2) преобладание пареза в ноге	5) все перечисленное
3) хватательный рефлекс	
3. Наиболее частая картина глазного дна при ишемическом инсульте:
 - 1) норма
 - 2) кровоизлияния в сетчатку
 - 3) ангиосклероз сетчатки
 - 4) застойный диск зрительного нерва
4. Поздние формы нейросифилиса встречаются в виде:
 - 1) менинговаскулярного (или васкулярного) сифилиса

- 2) гуммы мозга
 - 3) спинной сухотки
 - 4) бессимптомного поражения оболочек
 - 5) всего перечисленного
5. Арахноидит задней черепной ямки необходимо дифференцировать от:
- 1) опухоли той же локализации
 - 2) синдрома Арнольда-Киари
 - 3) синдрома Клиппеля-Фейля
 - 4) всего перечисленного
 - 5) опухоли той же локализации и от синдрома Арнольда-Киари
6. Частыми возбудителями СПИД-ассоциированных инфекций нервной системы являются:
- 1) микобактерии туберкулеза
 - 2) аденовирусы
 - 3) кандиды
 - 4) листерии
 - 5) вирусы простого герпеса
7. Феномен «Клиническая диссоциация» при рассеянном склерозе характеризуется наличием:
- 1) горизонтального нистага в сочетании с отсутствием брюшных рефлексов
 - 2) центральных парезов в конечностях с отсутствием расстройств чувствительности
 - 3) расстройств чувствительности сегментарного и проводникового типа на фоне легкого центрального пареза конечностей
 - 4) центральных парезов в конечностях в сочетании с мышечной гипотонией
8. К злокачественным опухолям головного мозга относится:
- 1) невринома
 - 2) холестеатома
 - 3) аденома гипофиза
 - 4) краниофарингиома
 - 5) глиобластома
9. К опухолям задней черепной ямки относится:
- 1) спонгиобластома
 - 2) аденома гипофиза
 - 3) медуллобластома
 - 4) краниофарингиома
 - 5) хордома
10. Для тенториального (намета мозжечка) синдрома Бурденко-Крамера характерны:
- 1) боли в глазных яблоках
 - 2) светобоязнь
 - 3) кохлеовестибулярные расстройства
 - 4) боли в глазных яблоках и светобоязнь
 - 5) все перечисленное
11. Наиболее часто встречаются невриномы нерва:
- 1) зрительного
 - 2) тройничного
 - 3) слухового
 - 4) подъязычного
 - 5) добавочного
12. Для офтальмологической стадии супрасellarного роста аденомы гипофиза характерны:
- 1) гомонимная гемианопсия
 - 2) биназальная гемианопсия
 - 3) битемпоральная гемианопсия
 - 4) все перечисленное
13. При конвекситальной локализации опухоли височной доли галлюцинации чаще бывают:
- 1) зрительные
 - 2) слуховые
 - 3) обонятельные
 - 4) все перечисленные
14. Эпидуральные гематомы часто сопровождаются:
- 1) переломами костей черепа
 - 2) назальной ликвореей
 - 3) ушной ликвореей
 - 4) вентрикулярными гематомами
 - 5) пневмоцефалией
15. Назальная ликворея часто сопровождается:
- 1) повреждением венозных синусов
 - 2) повреждением продырявленной пластинки сошника
 - 3) переломом теменной кости
 - 4) эпидуральной гематомой задней черепной ямки
 - 5) жировой эмболией сосудов головного мозга
16. К последствиям перенесенной тяжелой ЧМТ относится:

- 1) синдром Броун-Секара
 - 2) паразенцефалия
 - 3) пролактинома
 - 4) дермоид
 - 5) краниосиностоз
17. Люмбальная пункция противопоказана при:
- 1) лицевом гемисиндроме
 - 2) назальной ликворее
 - 3) синдроме дислокации головного мозга
 - 4) посттравматическом менингите
 - 5) сотрясении головного мозга
18. Для осложненного перелома шейного отдела позвоночника характерен:
- 1) грубый горизонтальный нистагм
 - 2) верхний парепарез
 - 3) внутренняя гидроцефалия
 - 4) нижний парепарез
 - 5) тетрапарез
19. Причиной люмбаго является раздражение:
- 1) дурального мешка
 - 2) спинальных корешков
 - 3) межпозвонковых суставов
 - 4) межпозвонкового диска
 - 5) задней продольной связки
20. Для поражения бедренного нерва характерно нарушение:
- 1) сгибания голени
 - 2) подошвенного разгибания стопы
 - 3) тыльного разгибания стопы
 - 4) ахиллова рефлекса
 - 5) разгибания голени
21. Наиболее частой причиной вегетативных кризов являются:
- 1) тревожные невротические расстройства
 - 2) черепно-мозговая травма
 - 3) поражения гипоталамуса
 - 4) пролапс митрального клапана
 - 5) нейроинфекция
22. Поражение периферической вегетативной нервной системы проявляется следующими синдромами:
- 1) периферической вегетативной недостаточностью
 - 2) ангиотрофалгическими синдромами
 - 3) нейрогенной тетанией
 - 4) кластерной головной болью
 - 5) периферической вегетативной недостаточностью и ангиотрофалгическим синдромом
23. Преобладающим типом нарушения мочеиспускания при периферической вегетативной недостаточности является:
- 1) нарушение накопления мочи
 - 2) нарушение опорожнения мочевого пузыря
 - 3) императивные позывы на мочеиспускание
 - 4) периодическое недержание мочи
 - 5) все перечисленное
24. При невропатических болях жгучего характера наиболее эффективны:
- 1) антидепрессанты
 - 2) антиконвульсанты
 - 3) нестероидные противовоспалительные средства
 - 4) симпатолитики
 - 5) антидепрессанты и антиконвульсанты
25. Птоз при синдроме Горнера уменьшается при:
- 1) повторных движениях глаз
 - 2) взгляде вверх
 - 3) закапывании в глаз атропина
 - 4) закапывании в глаз мезатона
 - 5) всем перечисленному
26. Спинальная амиотрофия Верднига-Гоффмана наследуется по:
- 1) аутосомно-доминантному типу
 - 2) аутосомно-рецессивному типу
 - 3) рецессивному типу, сцепленному с полом (X-хромосома)
 - 4) доминантному типу, сцепленному с полом
 - 5) аутосомно-доминантному типу и по доминантному типу, сцепленному с полом
27. Амиотрофия Шарко-Мари-Тута обусловлена первичным поражением:
- 1) передних рогов спинного мозга
 - 2) периферических нервных волокон
 - 3) мышц дистальных отделов конечностей
 - 4) передних рогов спинного мозга и периферических нервных волокон
 - 5) периферических нервных волокон и мышц дистальных отделов конечностей
28. Диагноз гепатолентикулярной дегенерации (болезни Вильсона-Коновалова) исключает отсутствие:
- 1) семейного анамнеза
 - 2) кольца Кайзера-Флейшера

- 3) нормального уровня церулоплазмينا
 - 4) дрожания
 - 5) ничего из перечисленного
29. Приступ при гипокалиемической форме пароксизмальной миоплегии обычно возникает:
- 1) во время тяжелой физической нагрузки
 - 2) сразу после тяжелой физической нагрузки
 - 3) в состоянии полного покоя днем
 - 4) во время ночного сна
 - 5) во всех перечисленных состояниях
30. Клиническая картина типичной болезни Гентингтона, кроме хореического гиперкинеза, включает:
- 1) ригидность
 - 2) симптом «зубчатого колеса»
 - 3) акинезию
 - 4) гипомимию
 - 5) деменцию
31. При эссенциальном дрожании тремор обычно имеет следующий характер:
- 1) тремор покоя
 - 2) интенционный
 - 3) постурально-кинетический
 - 4) тремор покоя и интенционный
 - 5) интенционный и постурально-кинетический тремор
32. При лечении болезни Паркинсона холинолитиками (циклодол, норакин) побочные симптомы проявляются:
- 1) затуманиванием зрения
 - 2) двоением в глазах
 - 3) слюноотечением
 - 4) сухостью во рту
 - 5) затуманиванием зрения и сухость во рту
 - 6) двоением в глазах и слюноотечением
33. Среди спиноцеребеллярных атаксий болезнь Фридрейха отличается наличием:
- 1) деформации стопы
 - 2) дизрафическим статусом
 - 3) поражением мышцы сердца
 - 4) снижением или выпадением рефлексов
 - 5) всего перечисленного
34. Для семейной спастической параплегии (болезни Штрюмпеля) характерно поражение следующих спинальных анатомических структур:
- 1) пирамидных путей
 - 2) мозжечковых путей
 - 3) клеток передних рогов
 - 4) задних канатиков спинного мозга
 - 5) пирамидных путей и клеток передних рогов
35. Аномалией Арнольда-Киари называется патология, при которой имеется:
- 1) сращение шейных позвонков
 - 2) сращение I шейного позвонка с затылочной костью
 - 3) смещение вниз миндалин мозжечка
 - 4) расщепление дужки I шейного позвонка
 - 5) все перечисленное
36. Симптом «вклинения» при проведении люмбальной пункции у больного с объемным спинальным процессом характеризуется:
- 1) усилением корешковых болей при сдавлении шейных вен
 - 2) нарастанием неврологической симптоматики при давлении на переднюю брюшную стенку
 - 3) усилением корешковых болей при сгибании головы к груди
 - 4) нарастанием неврологической симптоматики после пункции
37. Главной причиной церебральной ишемии при остром инфаркте миокарда с нарушением ритма (кардиocereбральный синдром) является:
- 1) повышение вязкости крови
 - 2) повышение активности свертывающей системы
 - 3) ухудшение реологических свойств крови
 - 4) снижение системного перфузионного давления
 - 5) повышение агрегации форменных элементов крови
38. Для тромбоза мозговых сосудов характерно:
- 1) наличие в анамнезе транзиторных ишемических атак
 - 2) наличие симптомов предвестников
 - 3) постепенное формирование очаговой симптоматики
 - 4) малая выраженность общемозговой симптоматики
 - 5) отсутствие смещения М-эхо
39. Показанием к гипертонической гемодилуции при ишемическом инсульте является наличие:
- 1) анурии
 - 2) сердечной недостаточности
 - 3) артериального давления ниже 120/60 мм рт.ст.
 - 4) артериального давления выше 200/100 мм рт.ст.
 - 5) гематокрита 42%

40. При паренхиматозно-субарахноидальном кровоизлиянии обязательным является:
- 1) утрата сознания
 - 2) кровянистый ликвор
 - 3) смещение срединного эхо-сигнала
 - 4) контралатеральный гемипарез
 - 5) все перечисленное
41. При кровоизлиянии в мозжечок наиболее часто наблюдается наличие:
- 1) утраты сознания, гемипареза
 - 2) атаксии
 - 3) глазовдвигательных расстройств
 - 4) утраты сознания, гемипареза и атаксии
 - 5) атаксии и глазовдвигательных расстройств
42. Для дегидратирующей терапии гипертонического кровоизлияния в мозг при артериальном давлении 230/130 мм рт.ст. и осмолярности крови выше 300 мосм/л следует выбрать:
- 1) мочевины
 - 2) стероиды
 - 3) маннитол
 - 4) лазикс
43. Витамин Е при остром нарушении мозгового кровообращения назначают с целью:
- 1) коррекции лактацидоза
 - 2) коррекции гиперкоагуляции
 - 3) коррекции гиперагрегации
 - 4) торможения активации перекисного окисления липидов
 - 5) торможения активации антифибринолитической системы
44. Вегетативные симптомы холинергического криза снимаются введением:
- 1) ганглиоблокаторов
 - 2) мышечных релаксантов
 - 3) атропина
 - 4) адреналина
 - 5) норадреналина
45. Следующие симптомы: психомоторное возбуждение, мидриаз, паралич аккомодации, тахикардия, уменьшение секреции слюнных желез, сухость кожных покровов служат проявлением передозировки:
- 1) атропина
 - 2) прозерина
 - 3) ацетилхолина
 - 4) пилокарпина
 - 5) галантамина
46. При хронических заболеваниях бронхов и легких неврологические осложнения обусловлены развитием:
- 1) ишемической (дисциркуляторной) гипоксии
 - 2) гипоксической гипоксии
 - 3) анемической гипоксии
 - 4) комбинированной гипоксии
47. При эритремии наиболее частым неврологическим осложнением является:
- 1) полиневропатия
 - 2) дисциркуляторная энцефалопатия
 - 3) субарахноидальное кровоизлияние
 - 4) нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу
 - 5) дисциркуляторная энцефалопатия и ОНМК по ишемическому типу
48. При хронических панкреатитах наиболее часто наблюдается синдром:
- 1) энцефалопатии
 - 2) невротический
 - 3) психотический
 - 4) полинейропатии
 - 5) судорожный
49. Для алкогольной полиневропатии характерно наличие:
- 1) сухожильной гипо- или арефлексии
 - 2) нарушения глубокой чувствительности
 - 3) преимущественное поражение ног
 - 4) верно все перечисленное
 - 5) сухожильной гипо- или арефлексии и преимущественное поражение ног
50. Во время приступа генерализованной эпилепсии изменения со стороны зрачков характеризуются:
- 1) анизокорией
 - 2) сужением
 - 3) расширением
 - 4) ничем из перечисленного

Выбрать все правильные ответы:

51. Очаговые симптомы, характерные для тромбоза правой средней мозговой артерии:
- 1) сенсорная афазия
 - 2) левосторонний центральный гемипарез
 - 3) левосторонняя гемианопсия
 - 4) нарушения глотания
 - 5) правосторонняя гемигипестезия
52. Очаговые симптомы, характерные для тромбоза задней мозговой артерии:
- 1) гомонимная гемианопсия
 - 2) зрительная агнозия

- 3) центральный гемипарез
4) моторная афазия
- 5) коматозное состояние
53. Этиологические факторы кровоизлияния в мозг:
- 1) гипертоническая болезнь
 - 2) артерио-венозные мальформации
 - 3) стеноз интракраниальных сосудов
 - 4) системные васкулиты
 - 5) болезни крови
54. Симптомы, характерные для геморрагического инсульта по типу гематомы:
- 1) внезапное начало
 - 2) мерцание симптомов
 - 3) нарушение сознания
 - 4) менингеальные симптомы
 - 5) повышенное АД
55. При преходящих нарушениях мозгового кровообращения в вертебробазилярном бассейне:
- 1) частым симптомом является системное головокружение
 - 2) у многих больных возникает тошнота, рвота, икота, головная боль
 - 3) никогда не возникают нарушения глотания, голоса, головная боль
 - 4) нередко развиваются зрительные расстройства
56. При ишемическом инсульте:
- 1) наиболее часто заболевают люди моложе 40-летнего возраста
 - 2) часто заболевают люди старше 40-летнего возраста
 - 3) очаговые симптомы чаще преобладают над общемозговыми
 - 4) общемозговые симптомы чаще преобладают над очаговыми
57. При окклюзии основного ствола средней мозговой артерии (СМА):
- 1) развивается обширный инфаркт
 - 2) имеется основной дефект
 - 3) возникает гемиплегия, гемиянестезия, гемипарез
 - 4) при левополушарных инфарктах возникает моторная афазия
 - 5) при правополушарных инфарктах возникает анозогнозия
58. При тромбозе кавернозного синуса характерно:
- 1) экзофтальм
 - 2) западение глазного яблока
 - 3) отек и венозная гиперемия век, глазниц, корня носа
 - 4) гиперестезия в области иннервации верхней ветви тройничного нерва
 - 5) офтальмоплегия
59. При кровоизлиянии в мост мозга:
- 1) более характерен миоз
 - 2) более характерен мидриаз
 - 3) взор обращен в сторону пораженных конечностей
 - 4) не характерны ранние изменения мышечного тонуса
60. Гипертоническая энцефалопатия:
- 1) это тяжелое прогрессирующее заболевание головного мозга
 - 2) связана с развитием фильтрационного отека и набухания мозга
 - 3) возникает при злокачественном течении гипертонической болезни
 - 4) никогда не сопровождается отеком диска зрительного нерва
61. Для хронической шейной ишемической миелопатии характерны:
- 1) атрофический синдром
 - 2) синдром Валленберга-Захарченко
 - 3) синдром миелогенерации
 - 4) спастический синдром
62. Для ишемии пояснично-крестцовых сегментов спинного мозга характерно:
- 1) постепенное появление (при прохождении небольшого расстояния) усталости в ногах
 - 2) внезапное появление (при прохождении небольшого расстояния) усталости в ногах
 - 3) слабость в одной или двух ногах после прохождения небольшого расстояния
 - 4) парестезии в ногах, иногда в нижней части туловища
 - 5) тазовые расстройства в виде императивного позыва к мочеиспусканию
63. В первые дни болезни при клещевом энцефалите:
- 1) выражены общемозговые симптомы
 - 2) сознание нарушается вплоть до комы
 - 3) выражены оболочечные симптомы
 - 4) психические расстройства отсутствуют
64. В отношении герпетического энцефалита справедливо:
- 1) заболевают люди преимущественно среднего возраста

- 2) заболевают преимущественно дети и люди пожилого возраста
 - 3) целесообразно проведение КТ в ранние сроки заболевания
65. Коревой энцефалит:
- 1) развивается на 3-5 день после появления сыпи
 - 2) часто сопровождается тяжелыми нарушениями сознания
 - 3) может давать нарушения функции тазовых органов
 - 4) протекает легко
 - 5) дает летальность до 25 %
66. Серозными по характеру являются:
- 1) туберкулезный менингит
 - 2) менингит, вызванный ЕСНО-вирусами
 - 3) менингококковый менингит
 - 4) бруцеллезный менингит
67. Диагноз менингита устанавливается на основе сочетания:
- 1) общепаразитарного процесса
 - 2) выраженной очаговой симптоматики
 - 3) оболочечного (менингеального) синдрома
 - 4) воспалительных изменений ЦСЖ
68. При менингите:
- 1) глазное дно чаще не изменено, возможна венозная гиперемия, отек диска зрительного нерва
 - 2) обычно развивается мышечная гипотония
 - 3) глубокие рефлексы обычно оживлены
 - 4) глубокие рефлексы обычно снижены
69. ЦСЖ при гнойных менингитах:
- 1) обычно мутная
 - 2) обычно вытекает под пониженным давлением
 - 3) имеет пониженное содержание белка
 - 4) содержит большое количество лимфоцитов (репаративная фаза)
 - 5) содержит большое количество нейтрофилов (острая экссудативная фаза)
70. Туберкулезный менингит:
- 1) характеризуется острым началом
 - 2) сопровождается субфебрильной температурой
 - 3) сопровождается гектической лихорадкой
 - 4) не сопровождается глазодвигательными нарушениями
 - 5) часто дает глазодвигательные расстройства
71. При рассеянном склерозе:
- 1) наиболее часто симптоматика начинается с поражения зрительного нерва
 - 2) никогда не исчезают брюшные рефлексы
 - 3) характерно исчезновение поверхностных брюшных рефлексов
 - 4) возможно начало заболевания с глазодвигательных расстройств
72. Триада Шарко при рассеянном склерозе включает:
- 1) скандированную речь
 - 2) моторную афазию
 - 3) нистагм
 - 4) акинетико-ригидный синдром
 - 5) интенционный тремор
73. Спинальная форма рассеянного склероза характеризуется:
- 1) нистагмом
 - 2) нарушением психики
 - 3) нижним спастическим парапарезом
 - 4) интенционным дрожанием
 - 5) тазовыми нарушениями
74. Симптомы, характерные для опухолей височной доли:
- 1) слуховые, обонятельные галлюцинации
 - 2) моторная афазия
 - 3) гомонимная гемианопсия (или квадрантная)
 - 4) сенсорная афазия
75. Клинические проявления общемозговой симптоматики при гипертензионном синдроме:
- 1) приступообразные ночные головные боли
 - 2) застойные диски зрительных нервов
 - 3) расстройства сознания
 - 4) акромегалия
76. Для опухоли верхнешейного отдела спинного мозга характерны:
- 1) боль при движении головы

- 2) боль, иррадиирующая по верхним конечностям
 - 3) вялый парез верхних конечностей и центральный парез нижних конечностей
 - 4) спастический тетрапарез
77. Симптоматика, характерная для экстрамедуллярной опухоли:
- 1) корешковые боли
 - 2) нарушение тазовых функций
 - 3) нижний спастический парапарез
 - 4) гипестезия в области промежности и нижних конечностей
 - 5) нижний вялый парапарез (часто ассиметричный)
78. В генезе симптоматики при сотрясении головного мозга имеют значение:
- 1) наличие «гидродинамического удара»
 - 2) обратимые функциональные нарушения межнейронных связей
 - 3) стойкие органические нарушения межнейронных связей
 - 4) рефлекторно-сосудистые реакции
79. При травматических эпидуральных гематомах:
- 1) часто бывает светлый промежуток
 - 2) общемозговые симптомы носят нарастающий характер
 - 3) не бывает очаговой симптоматики
 - 4) быстро могут присоединяться ствольные нарушения
80. Для перелома основания черепа в области передней черепной ямки характерны симптомы:
- 1) назорея
 - 2) «поздние» очки
 - 3) психомоторное возбуждение
 - 4) повреждение лицевого нерва по периферическому типу
81. Для перелома основания черепа передней черепной ямки характерны:
- 1) назорея
 - 2) оторея
 - 3) «поздние» очки
 - 4) повреждение лицевого нерва
82. Для последствий ЧМТ характерны:
- 1) частые головные боли
 - 2) судорожные припадки
 - 3) снижение зрения
 - 4) рвота
83. При истерическом припадке:
- 1) сознание отсутствует
 - 2) зрачки не реагируют на свет
 - 3) отсутствует непроизвольное мочеиспускание
 - 4) не бывает ушибов, прикусов языка
84. Аура большого судорожного припадка:
- 1) у одного и того же больного носит стереотипный характер
 - 2) видоизменяется от припадка к припадку
 - 3) продолжается несколько часов
 - 4) продолжается несколько секунд
85. Основные тормозные нейромедиаторы при эпилепсии:
- 1) ГАМК
 - 2) серотонин
 - 3) глутамат
 - 4) норадреналин
 - 5) гистамин
86. Клинические проявления генерализованного эпилептического припадка:
- 1) сложный
 - 2) petit mal
 - 3) grand mal
 - 4) простой
87. Клинические проявления височной эпилепсии:
- 1) фокальные судороги
 - 2) вегетативно-висцеральные кризы
 - 3) психоэмоциональные нарушения
 - 4) приступы парестезии
88. При невропатии срединного нерва:
- 1) кисть напоминает по форме «обезьянью лапу»
 - 2) нарушаются движения I, II, III-го пальцев
 - 3) нарушаются пронация и ладонное сгибание кисти
 - 4) боли часто носят каузалгический характер
89. При невралгии тройничного нерва:
- 1) болевые пароксизмы продолжаются от нескольких секунд до нескольких минут
 - 2) на лице имеются триггерные зоны (точки), раздражение которых провоцирует болевой пароксизм
 - 3) болевой приступ сопровождается выраженными вегетативными проявлениями
 - 4) для лечения не используется финлепсин
90. При свинцовой полиневропатии:
- 1) чаще поражаются лучевой и малоберцовый нервы
 - 2) никогда не поражаются лучевой и малоберцовые нервы

- 3) часто развивается анемия
 - 4) могут возникать коликообразные боли в животе
91. При поражении нижнего первичного ствола плечевого сплетения:
- 1) возникает паралич и атрофия мелких мышц кисти, сгибателей пальцев
 - 2) движения плеча и предплечья сохранены
 - 3) болевая чувствительность не нарушена
 - 4) выявляется гипалгезия по внутренней поверхности предплечья, на кисти и пальцах в зоне иннервации локтевого нерва
92. В натянутом и сдавленном спинномозговом корешке возникают:
- 1) отек
 - 2) венозный застой
 - 3) асептическое воспаление
93. При компрессии корешка L_V:
- 1) боль иррадирует по наружной поверхности бедра и передней поверхности голени
 - 2) отмечается гипотрофия и слабость длинного разгибателя большого пальца
 - 3) при его изолированном повреждении глубокие рефлексы остаются нормальными
 - 4) при его изолированном повреждении глубокие рефлексы грубо страдают
94. При алкогольной полиневропатии:
- 1) никогда не бывает вазомоторных, трофических и секреторных расстройств
 - 2) возникают расстройства болевой и температурной чувствительности по типу «перчаток» и «носков»
 - 3) часто снижается мышечно-суставное чувство
 - 4) не развиваются расстройства чувствительности
95. При полиомиелите:
- 1) основной путь заражения - через пищеварительный тракт
 - 2) заражение происходит воздушно-капельным путем
 - 3) возможны abortивные случаи заболеваний
 - 4) распространение вируса идет периневрально
96. Для лечения герпетической полирадикулоневропатии показано:
- 1) витамины группы В
 - 2) плазмозферез
 - 3) антихолинэстеразные средства
 - 4) ацикловир, зовиракс
97. К поражению эпиконуса приводят:
- 1) дегенеративно-дистрофические процессы в позвоночнике
 - 2) нарушения кровообращения в бассейне артерии Депройджа-Готтерона
 - 3) поражение копчикового сплетения (кокцигодия)
98. Поражение периферической нервной системы при узелковом периартериите характеризуется:
- 1) множественными ассиметричными мононевритами
 - 2) наличием плотных узелков в коже и подкожно-жировой клетчатке по ходу сосудов
 - 3) демиелинизирующей дегенерацией нервных волокон
 - 4) дебютом в виде полиневромиозита
 - 5) дебютом в виде рассеянного энцефаломиелита
99. Туберкулезный спондилит (Болезнь Потта) характеризуется:
- 1) гнойным процессом на эпидуральной клетчатке
 - 2) компрессией корешков и спинного мозга деформированными позвонками и их секвестрами
 - 3) клиновидной деформацией позвонков
 - 4) симптомами, характерными для фуникулярного миелоза
 - 5) симптомами, характерными для хронической туберкулезной интоксикации
100. В развитии остеопороза позвоночника играет роль:
- 1) недостаточность половых гормонов
 - 2) повышение активности щитовидной железы
 - 3) снижение уровня фосфора и кальция в крови

Практические навыки

1. Вызовите рефлекс с сухожилия двуглавой мышцы.
2. Вызовите рефлекс с сухожилия трехглавой мышцы.
3. Вызовите пястно-лучевой рефлекс.
4. Вызовите коленный рефлекс.
5. Вызовите ахиллов рефлекс.
6. Вызовите нормальный подошвенный рефлекс.
7. Исследуйте у больного корнеальный рефлекс.
8. Вызовите у пациента симптом Бабинского.
9. Вызовите у больного симптом Оппенгейма.
10. Вызовите симптом Бехтерева.
11. Вызовите брюшные рефлекс.
12. Выявите у больного симптом "орального автоматизма".
13. Определите у больного наличие клонуса стоп.
14. Определите у больного мышечный тонус с центральным параличом.
15. Определите мышечный тонус у больного с периферическим параличом.
16. Определите мышечный тонус у больного с паркинсонизмом.
17. Определите мышечный тонус у больного с хореей.
18. Исследуйте больного в позе Ромберга.
19. Определите у больного наличие интенционного тремора.
20. Выполните у больного пальце-носовую пробу.
21. Определите у больного адиадохокинез.
22. Проведите у больного усложнённую позу Ромберга.
23. Исследуйте у больного латеропульсию.
24. Проведите у больного пробу Барре.
25. Проверьте у больного наличие спастической походки.
26. Проверьте у больного наличие "петушиной" походки.
27. Проведите у больного пробу на выявление туловищной атаксии.
28. Определите у больного наличие пареза или паралича.
29. Выявите у больного наличие гемипареза.
30. Выявите у больного наличие парепареза.
31. Определите наличие у больного атрофий.
32. Определите у больного патологический рефлекс Гордона.
33. Определите у больного наличие патологического рефлекса Шефера.
34. Определите у больного патологический рефлекс Россоломо.
35. Определите у больного патологический рефлекс Жуковского.
36. Определите у больного рефлекс Бехтерева-Менделя.
37. Определите у больного наличие хоботкового рефлекса.
38. Определите у больного сосательный рефлекс.
39. Определите у больного рефлекс Маринеско-Родовичи.
40. Определите у больного рефлекс Бабинского.
41. Исследуйте у больного тактильную чувствительность.
42. Исследуйте у больного болевую чувствительность.
43. Исследуйте у больного температурную чувствительность.
44. Исследуйте у больного суставно-мышечное чувство.
45. Исследуйте у больного вибрационную чувствительность.
46. Определите проводниковый тип чувствительных расстройств.
47. Определите сегментарный тип нарушения чувствительности.
48. Определите полиневритический тип расстройства чувствительности.
49. Определите корешковый тип расстройства чувствительности.
50. Исследуйте у больного симптом Нери.
51. Исследуйте у больного симптом Лассега.
52. Исследуйте у больного симптом Вассермана.

53. Определите у больного чувство стереогноза.
54. Исследуйте реакцию зрачка на свет/прямую и содружественную/.
55. Исследуйте у больного конвергенцию.
56. Исследуйте у больного глазодвигательные функции.
57. Выявите у больного наличие нистагма.
58. Выявите у больного наличие анизокории.
59. Выявите у больного наличие диплопии.
60. Определите у больного наличие страбизма.
61. Выявите у больного наличие птоза.
62. Определите наличие центрального пареза лицевого нерва.
63. Определите наличие периферического пареза лицевого нерва.
64. Определите у больного наличие феномена Белла.
65. Определите у больного наличие лагофталма.
66. Выявите у больного глоточный рефлекс.
67. Определите у больного девиацию языка.
68. Исследуйте у больного функцию мягкого нёба.
69. Определите у больного наличие бульбарного паралича.
70. Определите у больного наличие псевдобульбарного паралича.
71. Исследуйте у больного ригидность мышц шеи.
72. Исследуйте у больного симптом Кернига.
73. Исследуйте у больного симптом Брудзинского/верхний или нижний/.
74. Исследуйте у больного брюшной рефлекс.
75. Выявите у больного синдром Броун-Секара.

1. Эмбриогенез нервной системы. Основные этапы развития нервной системы.
2. Врожденные пороки развития нервной системы. Аномалии головного и спинного мозга.
3. Врожденные пороки развития нервной системы. Аномалии черепа и позвоночника.
4. Гематоэнцефалический барьер. Роль его в патологии нервной системы.
5. Спинной мозг. Его развитие в онтогенезе. Особенности строения и функционирования.
6. Периферическая нервная система (корешки, сплетения, периферические нервы). Анатомо-физиологические особенности.
7. Вегетативная нервная система. Анатомо-физиологические особенности. Надсегментарный и сегментарный уровни регуляции вегетативной нервной системы.
8. Симпатический и парасимпатический отделы вегетативной нервной системы. Анатомо-физиологические особенности. Синдромы поражения.
9. Методология построения топического и нозологического диагнозов.
10. Кортико-мышечный путь. Центральный мотонейрон: строение. Синдромы поражения центрального мотонейрона (кора головного мозга, лучистый венец, внутренняя капсула). Клиническое значение.
11. Кортико-мышечный путь. Клинические особенности поражения кортико-мышечного пути на уровне ствола мозга. Альтернирующие синдромы. Клиническое значение.
12. Кортико-мышечный путь. Периферический мотонейрон. Синдромы поражения периферического мотонейрона (на уровне переднего рога, корешка, сплетений). Клиническое значение.
13. Рефлекторная дуга, круг, кольцо: строение, функционирование. Уровни замыкания рефлексов (на уровне спинного мозга, ствола мозга, подкорково-корковым).
14. Физиологические (поверхностные и глубокие) рефлексы. Основные патологические рефлексы. Защитные спинальные рефлексы. Клиническое значение.
15. Регуляция мышечного тонуса: спинальная рефлекторная дуга, гамма-система. Надсегментарные уровни регуляции мышечного тонуса. Исследование мышечного тонуса. Значение в клинической практике.
16. Центральный и периферический парезы (параличи). Изменения мышечного тонуса, рефлексов и трофики мышц.
17. Клинические особенности поражения на уровне периферического нерва и нервно-мышечного синапса.
18. Параклинические методы исследования: электромиография, электронейромиография, магнитная стимуляция с определением моторных потенциалов.
19. Параклинические методы исследования: исследование уровня креатинфосфокиназы в сыворотке крови, биопсия мышц и нервов.
20. Чувствительность: экстероцептивная, проприоцептивная. Пути поверхностной и глубокой чувствительности. Синдромы поражения. Клиническое значение.
21. Сложные виды чувствительности (чувство локализации раздражения, дискриминационное, двумерно-пространственное, стереогноз). Синдромы поражения. Клиническое значение.
22. Виды расстройств чувствительности (гипо- и гиперестезия, парестезия и боль, дизестезия, гиперпатия, аллодиния, каузалгия). Диссоциированный тип расстройства чувствительности. Клиническое значение.
23. Периферический, сегментарный, проводниковый, корковый типы расстройств чувствительности.
24. Нейрофизиологические, нейрохимические и психологические аспекты боли.
25. Антиноцицептивная система. Острая и хроническая боль. Центральная боль. «Отраженные» боли.
26. Параклинические методы исследования чувствительных нарушений: электронейромиография, исследование Н-рефлекса, соматосенсорные вызванные потенциалы.
27. Чувствительные и двигательные расстройства при поражении шейных и грудных сегментов спинного мозга. Клиническое значение.
28. Чувствительные и двигательные расстройства при поражении поясничных и крестцовых сегментов спинного мозга. Клиническое значение.
29. Чувствительные и двигательные расстройства при поражении передних, задних корешков, сплетений и периферических нервов. Клиническое значение.
30. Синдром Броун-Секара. Клиническая характеристика и значение.
31. Синдром поражения спинного мозга (его поперечника) на уровне шейного и поясничного утолщений. Клиническое значение.
32. Сирингомиелический синдром. Клиническое значение.
33. Параклинические методы исследования: МРТ и КТ позвоночника. Электронейромиография (исследование Н-рефлекса и F-волны, магнитная стимуляция с проведением моторных потенциалов).
34. Продолговатый мозг. Проводящие пути продолговатого мозга. Бульбарная группа черепно-мозговых нервов (IX, X, XI, XII пары). Клиническое значение бульбарных расстройств.
35. Варолиев мост. Проводящие пути Варолиева моста. Черепно-мозговые нервы мосто-мозжечкового угла (V, VII, VIII пары). Клиническое значение мостовых расстройств.
36. Синдром поражения ножки мозгового ствола. Клиническое значение.

37. Средний мозг. Особенности строения. Мезэнцефальная группа черепно-мозговых нервов. Синдромы поражения.
38. I пара – обонятельный нерв и обонятельная система. Симптомы и синдромы поражения. Клиническое значение.
39. II пара – зрительный нерв и зрительная система. Признаки поражения зрительной системы на различных уровнях. Клиническое значение.
40. Нейроофтальмологические и параклинические методы исследования зрительной системы (исследование глазного дна, зрительно вызванные потенциалы).
41. III, IV и VI пары – глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы, глазодвигательная система. Симптомы и синдромы поражения. Клиническое значение.
42. Медиальный продольный пучок и межядерная офтальмоплегия. Регуляция взора. Коровый и стволовой парез взора.
43. Оculoцефальный рефлекс, зрачковый рефлекс и признаки его поражения. Виды и причины анизокории. Синдром Аргайла-Робертсона, синдром Эйди.
44. V пара – тройничный нерв, синдромы расстройств чувствительности (периферический, ядерный, стволовой, полушарный). Синдромы поражения V пары. Клиническое значение.
45. VII пара – лицевой нерв. Центральные и периферические парезы мимической мускулатуры, клинические проявления поражения лицевого нерва на разных уровнях. Вкус и его расстройства.
46. VIII пара – преддверно-улитковый нерв, слуховая и вестибулярная системы; роль вестибулярного аппарата в координации движений, равновесия, позы.
47. Признаки поражения VIII пары на различных уровнях. Нистагм, вестибулярное головокружение, вестибулярная атаксия. Синдром Меньера.
48. IX и X пары – языкоглоточный и блуждающий нервы, вегетативные функции блуждающего нерва; признаки поражения на разных уровнях. Бульбарный и псевдобульбарный синдромы.
49. XI пара – добавочный нерв. Признаки поражения на разных уровнях. Клиническое значение.
50. XII пара – подъязычный нерв, признаки поражения, центральный и периферический парез мышц языка.
51. Строение и основные связи экстрапирамидной системы, роль в организации движений. Участие в организации движений путем обеспечения позы, мышечного тонуса, стереотипных автоматизированных движений.
52. Нейрофизиологические и нейрохимические механизмы регуляции деятельности экстрапирамидной системы. Основные нейротрансмиттеры: дофамин, ацетилхолин, ГАМК.
53. Акинетико-ригидный синдром. Гипокинезия (олиго- и брадикинезия). Ригидность и мышечная гипотония. Клиническое значение синдрома.
54. Гиперкинезы, тремор, мышечная дистония, хорей, тики, гемибаллизм, атетоз, миоклонии. Клиническое значение.
55. Нейропатифизиология экстрапирамидных двигательных расстройств, методы фармакологической коррекции.
56. Мозжечок и вестибулярная система. Анатомо-физиологические особенности. Афферентные и эфферентные связи, роль в организации движений. Методы исследования координации движений.
57. Симптомы и синдромы поражения мозжечка (атаксия, диссинергия, нистагм, дизартрия, мышечная гипотония).
58. Атаксии: мозжечковая, вестибулярная, лобная, сенситивная. Патифизиология и фармакологические методы коррекции.
59. Лимбико-гипоталамо-ретикулярный комплекс. Функциональное значение. Синдромы поражения.
60. Симптомы и синдромы поражения периферического отдела вегетативной нервной системы: периферическая вегетативная недостаточность. Синдром Рейно.
61. Физиология произвольного контроля функций мочевого пузыря. Нейрогенный мочевой пузырь.
62. Синдромы нарушения функций тазовых органов: задержка и недержание мочи, императивные позывы на мочеиспускание; истинное, периодическое и парадоксальное недержание мочи. Клиническое значение.
63. Строение и функции оболочек головного и спинного мозга. Менингеальный синдром: проявление, диагностика. Клиническое значение.
64. Цереброспинальная жидкость: функциональное значение, образование, циркуляция, резорпция.
65. Гипотензионный синдром: основные клинические и параклинические признаки.
66. Дислокационный синдром. Причины возникновения. Виды дислокаций. Клиническое значение.
67. Гипертензионный синдром: гидроцефалия врожденная и приобретенная, открытая и окклюзионная, врачебная тактика. Лекарственная коррекция внутричерепной гипертензии.
68. Анатомо-физиологические основы регуляции сознания, бодрствования, сна; ретикулярная формация ствола мозга и ее связи с корой головного мозга.
69. Формы нарушения сознания: оглушенность, сон, кома, акинетический мутизм.
70. Комы. Виды ком. Дифференцированный подход к диагностике ком. Особенности клинических проявлений.
71. Хронические вегетативные состояния. Смерть мозга.

72. Электрофизиология. Методы исследования ЭЭГ.
73. Физиология сна и бодрствования. Механизмы регуляции. Нарушения сна и бодрствования. Клиническое значение.
74. Основные принципы строения и функции, проблема локализации функций в мозге. Функциональная асимметрия полушарий мозга. Представление о системной организации психических функций.
75. Афазия (моторная, сенсорная, амнестическая, семантическая).
76. Апраксии (конструктивная, пространственная, идеомоторная).
77. Агнозии (зрительные, слуховые, обонятельные), астереогнозис, анозогнозия, аутоагнозия.
78. Дисмнестический синдром. Корсаковский синдром. Деменция. Олигофрения.
79. Значение нейropsychологических исследований в неврологической клинике.
80. Синдромы поражения лобных долей. Клиническое значение.
81. Синдромы поражения теменных долей. Клиническое значение.
82. Синдромы поражения височных долей головного мозга. Клиническое значение.
83. Синдромы поражения затылочных долей головного мозга.
84. Анатомия кровоснабжения головного мозга. Физиология кровообращения головного мозга.
85. Классификация сосудистых заболеваний головного мозга.
86. Патофизиология мозгового кровообращения при закупорке мозговых артерий.
87. Патофизиология мозгового кровообращения при артериальной гипертензии.
88. Преходящие нарушения мозгового кровообращения.
89. Ишемический инсульт. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
90. Кровоизлияние в мозг. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Терапия и показания к хирургическому лечению.
91. Субарахноидальное нетравматическое кровоизлияние. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Терапия и показания к хирургическому лечению.
92. Современный подход к лечению острых нарушений мозгового кровообращения.
93. Недифференцированное лечение ОНМК (острых нарушений мозгового кровообращения).
94. Дифференцированное лечение ишемического инсульта.
95. Дифференцированное лечение геморрагического инсульта.
96. Лечение хронических нарушений мозгового кровообращения.
97. Параклинические методы диагностики ОНМК (острых нарушений мозгового кровообращения). КТ, МРТ, УЗДГ (ультразвуковая доплерография), дуплексное и триплексное сканирование, транскраниальная доплерография, ангиография.
98. Реабилитация больных, перенесших инсульт. Экспертиза нетрудоспособности.
99. Первичная и вторичная профилактика инсульта.
100. Дисциркуляторная энцефалопатия: этиология, патогенез, клинические формы, диагностика, лечение и профилактика.
101. Гипертонический криз и гипертоническая энцефалопатия. Диагностика, принципы лечения.
102. Болезнь Альцгеймера. Этиопатогенез. Клинические проявления. Принципы диагностики, дифференциальной диагностики и лечения. Прогноз.
103. Сосудистая деменция: патогенез, клиника, диагностика, профилактика, дифференциальная диагностика с болезнью Альцгеймера.
104. Кровоснабжение спинного мозга. Особенности строения артериальной системы, снабжающей спинной мозг.
105. Нарушения спинального кровообращения. Спинальный инсульт. Дифференциальный подход к диагностике и лечению спинального инсульта.
106. Классификация заболеваний периферической нервной системы.
107. Аксонопатии и миелинопатии. Клинико-морфологическая характеристика.
108. Мононевропатии. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
109. Полиневропатии. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
110. Поражение верхней конечности. Плексопатии. Невропатии срединного, локтевого, лучевого нервов. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
111. Поражение нижней конечности. Невропатии малоберцового, большеберцового нервов. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
112. Невропатия седалищного нерва. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
113. Боль в спине. Дифференциальная диагностика и принципы лечения.
114. Туннельные синдромы. Синдром карпального и кубитального каналов. Консервативная терапия и показания к хирургическому лечению.
115. Полиневропатии при соматических заболеваниях (диабете, уремии, печеночной недостаточности, диффузных заболеваниях соединительной ткани, васкулитах).
116. Инфекционные и параинфекционные, алкогольные, наследственные (наследственные, соматосенсорные и вегетативные) амилоидная, порфиридная полиневропатии.
117. Острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия.
118. Невропатия лицевого нерва. Клиника, диагностика, лечение.

119. Невралгия тройничного нерва. Клиника, диагностика, лечение.
120. Прозопалгии. Ганглиониты крылонебного, ресничного и ушного нервов. Особенности клиники, диагностики и лечения.
121. Биомеханика позвоночника, функции межпозвонковых дисков и фасеточных суставов.
122. Дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника: дископатии, компрессионные и рефлекторные синдромы.
123. Люмбаишалгия. Клиника, диагностика, лечение.
124. Цервикобрахиалгия. Клиника, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
125. Миофасциальные боли. Особенности клиники, диагностики лечения.
126. Дифференциальная диагностика при эпидуральном абсцессе и опухолях (первичных и метастатических) позвоночника; гормональная спондилопатия, туберкулезный спондилит.
127. Отраженные боли при заболеваниях внутренних органов, анкилозирующий спондилоартрит.
128. Герпетический энцефалит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
129. Клещевой энцефалит. Этиология, диагностика, клиника, лечение.
130. Параинфекционные энцефалиты при кори, ветряной оспе, краснухе.
131. Первичные и вторичные гнойные менингиты. Менингококковый, пневмококковый, вызванный гемофильной палочкой. Классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
132. Серозные менингиты: туберкулезный и вирусный менингиты.
133. Полиомиелит, особенности современного течения полиомиелита. Полиомиелитоподобные заболевания.
134. Абсцесс мозга, спинальный эпидуральный абсцесс.
135. Дифтерийная полиневропатия. Ботулизм. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
136. Нейросифилис. Особенности диагностики, клиники и лечения.
137. Поражение нервной системы при СПИДе. Особенности диагностики, клиники, лечения.
138. Ревматические поражения нервной системы, малая хорей.
139. Рассеянный склероз: клиника, диагностика, типы течения. Методы исследования.
140. Принципы лечения рассеянного склероза в зависимости от формы и типа течения.
141. Острый рассеянный энцефаломиелит: клиника, диагностика, лечение.
142. Экспертиза нетрудоспособности при демиелинизирующих заболеваниях.
143. Опухоли головного мозга. Классификация ВОЗ.
144. Особенности симптоматики опухолей головного мозга.
145. Опухоли передней черепной ямки. Особенности диагностики, клиники, лечения.
146. Опухоли средней черепной ямки. Особенности диагностики, клиники, лечения.
147. Опухоли задней черепной ямки. Особенности диагностики, клиники, лечения.
148. Опухоли гипофиза. Особенности диагностики, клиники, лечения.
149. Опухоли спинного мозга: клиника, диагностика. Экстра- и интрамедуллярные опухоли спинного мозга.
150. Показания к оперативному вмешательству при опухолях головного и спинного мозга.
151. Классификация закрытой черепно-мозговой травмы.
152. Сотрясение головного мозга. Патогенез, клиника, диагностика. Принципы лечения.
153. Ушиб головного мозга. Патогенез, клиника, диагностика. Принципы лечения.
154. Сдавление головного мозга. Патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
155. Внутричерепные травматические гематомы. Врачебная тактика.
156. Последствие черепно-мозговой травмы. Основные группы последствий ЧМТ.
157. Последствия черепно-мозговой травмы. Деадаптирующие синдромы. Реабилитационные мероприятия.
158. Травма спинного мозга: патогенез, клиника, диагностика, врачебная тактика.
159. Травма периферических нервов. Современная теория регенерации. Клиническая картина полного и частичного повреждения нервов.
160. Реабилитация больных со спинальной травмой.
161. Классификация эпилепсии и эпилептических припадков.
162. Этиология и патогенез эпилепсии и эпилептического синдрома. Принципы лечения.
163. Эпилептический статус: клиника, патогенез, лечение.
164. Судорожные состояния. Принципы дифференциальной диагностики с пароксизмальными расстройствами сознания эпилептической природы.
165. Синкопальные состояния: классификация, патогенез, диагностика, лечение, профилактика.
166. Дифференциальный подход к пароксизмальным нарушениям сознания различной природы.
167. Нервно-мышечные заболевания. Классификация. Генетика и диагностика наследственных нервно-мышечных заболеваний.
168. Прогрессирующие мышечные дистрофии. Клинические формы мышечных дистрофий. Этиопатогенез. Диагностика. Принципы лечения.
169. Спинальные мышечные атрофии. Клинические формы мышечных атрофий. Этиопатогенез. Диагностика. Принципы лечения.
170. Наследственные мотосенсорные невропатии. Клинические формы наследственных мотосенсорных невропатий. Этиопатогенез. Диагностика. Принципы лечения.

171. Наследственные сенсорные невропатии. Клинические формы наследственных сенсорных невропатий. Этиопатогенез. Диагностика. Принципы лечения.
172. Врожденные структурные миопатии. Клинические формы миопатий. Этиопатогенез. Диагностика. Принципы лечения.
173. Миастения. Классификация. Этиопатогенез. Диагностика. Клиника. Принципы лечения миастении. Кризы при миастении. Купирование кризов при миастении.
174. Наследственные пароксизмальные миоплегии. Клинические формы при миоплегиях. Диагностика. Принципы лечения.
175. Синдром Гийена-Барре. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Принципы лечения.
176. Боковой амиотрофический склероз. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
177. Генотолентикулярная дегенерация. Этиопатогенез. Клинические проявления. Диагностика. Принципы лечения. Наследственные спинно-мозговые дегенерации. Этиопатогенез. Клинические формы.
178. Особенности течения и клинических проявлений. Лечение наследственных атаксий.
179. Болезнь Паркинсона. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика.
180. Паркинсонизм. Виды паркинсонизма. Особенности диагностики и лечения.
181. Хорея. Этиологические группы хореи. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
182. Дистония. Этиологические группы дистонии. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
183. Тремор. Этиологические группы тремора. Клинические проявления тремора в клинике нервных болезней. Диагностика. Принципы лечения.
184. Тики. Этиологические группы тиков. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
185. Миоклонии. Этиологические группы миоклонии. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
186. Невротические расстройства. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
187. Нейровегетативные расстройства. Вегетативная дистония. Вегетативный криз. Этиопатогенез. Клиника. Принципы диагностики и лечения.
188. Классификация головных болей. Патогенез головной боли. Обследование пациентов с головной болью.
189. Мигрень: классификация, патогенез, клинические формы, течение, диагноз, лечение, профилактика.
190. Мигренозный статус: клиника, диагностика, лечение.
191. Пучковая головная боль: клиника, диагностика, лечение.
192. Головная боль напряжения: патогенез, диагностика, лечение.
193. Лицевые симпаталгии. Лицевые миофасциальные синдромы. Синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.
194. Изменения функционирования нервной системы в пожилом и старческом возрасте. Особенности течения неврологических заболеваний. Фармакотерапия.
195. Энцефалопатии. Патогенез развития энцефалопатий. Клинические проявления. Принципы диагностики и лечения энцефалопатий.
196. Особенности неврологических расстройств при заболеваниях сердца и сосудов.
197. Особенности неврологических расстройств при эндокринной патологии.
198. Неврологическая симптоматика в клинике внутренних болезней.
199. Фармакотерапия при заболеваниях периферической нервной системы.
200. Психотропные средства, применяемые в клинике нервных болезней.
201. Основы управления здравоохранением: экономические аспекты, основы менеджмента.
202. Основы экономики в здравоохранении. Финансирование. Медико-экономические стандарты.
203. Маркетинг в здравоохранении.
204. Основы медицинского страхования.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструктивным ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ТУБЕРКУЛЕЗ

1. Этиология, патогенез и патоморфология туберкулеза. Основные эпидемиологические показатели туберкулеза.
2. Клиническая классификация туберкулеза по МКБ-10. Алгоритм диагностики туберкулеза.
3. Основные симптомы и синдромы легочного и внелегочного туберкулеза. Понятие об остропрогрессирующих формах туберкулеза в практике врача-невролога: туберкулезный менингит, генерализованный милиарный туберкулез, «скоротечная чахотка».
4. Туберкулез в сочетании с другими заболеваниями: ВИЧ-инфекция, хронический алкоголизм, наркомания, сахарный диабет и др. Трудности диагностики.
5. Профилактика туберкулеза: социальная, санитарная, специфическая. Группы риска по заболеванию туберкулезом.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.
5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.
7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?
8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9. Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация, сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”,
патологическая пораженность”
12. От чего зависит полнота учета заболеваемости?