

АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ
«ТЮМЕНСКИЙ МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
АТТЕСТАЦИИ ПЕРСОНАЛА»



УТВЕРЖДЕНО
Исполнительный директор АНО ДПО «ТМЦАП»
Е. В. Ильин
«11» января 2020 г.

Дополнительная профессиональная образовательная
программа повышения квалификации
«Неврология»

	Должность	Фамилия	Подпись	Дата
Разработал	Преподаватель АНО ДПО «ТМЦАП»	Лацплес П.Р.		

Тюмень 2020

Цель: совершенствование знаний, умений, навыков по диагностике, клинике заболеваний нервной системы, современным принципам их лечения и профилактики. Подготовка к сдаче сертификационного экзамена. Оценка знаний на соответствие сертификату врача-невролога.

Категория слушателей: врачи неврологи.

Срок обучения: 144 часа (4 недели, 1 месяц)

Форма обучения: очно-заочная с применением дистанционных образовательных технологий (ДОТ) в полном объеме

ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

В результате освоения компетенции обучающийся должен:

Знать

1. Синдромы и симптомы основных неврологических заболеваний и нейростоматологических синдромов
2. Патологические синдромы при поражении нервной системы, требующие оказания неотложной помощи
3. Патологические синдромы при поражении нервной системы, требующие проведения дифференциальной диагностики, постановки топического диагноза.

Уметь

1. Выявить основные симптомы при поражении нервной системы и нейростоматологические синдромы.
2. Выявить патологические синдромы при поражении нервной системы для оказания неотложной помощи.
3. Определить патологические синдромы и нейростоматологические синдромы для проведения дополнительных методов обследования и интерпретировать их результаты

Владеть

1. Методикой неврологического обследования пациента для выявления у него патологических симптомов
2. методами оказания неотложной помощи при нейростоматологических заболеваниях
3. методами дополнительных обследований при нейростоматологических заболеваниях и наиболее часто встречающейся патологии нервной системы

Учебный план программы повышения квалификации по курсу “Неврология”

№	Наименование модулей	Всего часов	В том числе		Самостоятельная работа
			Лекционные	Семинарские занятия	
1.	Основы социальной гигиены и организация	20	6	-	14
1.1	Общественное здоровье-показатель экономического и социального развития государства	4	-	-	4
1.2	Вопросы управления, экономики и планирования в медицине	6	4	-	2

№	Наименование модулей	Всего часов	В том числе		Самостоятельная работа
			Лекционные	Семинарские занятия	
1.3	Общие вопросы медицинской статистики	4	-	-	2
1.4	Этика и деонтология в профессиональной деятельности врача отоларинголога	6	2	-	4
2.	Клиническая анатомия и физиология нервной системы	28	5	2	21
3.	Принципы и методы лечения неврологических больных	20	5	2	13
3.1	Общие сведения	3	1	1	1
3.2	Клиническая фармакология и фармакотерапия	7	1	-	6
3.3	Физические и другие методы лечения заболеваний нервной системы	5	1	1	3
3.4	Вопросы реабилитации неврологических больных	5	2	-	3
4.	Заболевания периферической нервной системы	25	4	2	19
4.1	Поражения нервных корешков, узлов, сплетений	8	2	1	5
4.2	Поражение черепных нервов	8	1	-	7
4.3	Прозопалгии	9	1	1	7
5.	Заболевания вегетативной нервной системы	23	2	3	18
6.	Наследственные болезни	22	2	4	16
	Итоговый контроль	6		6	
	Итого:	144	24	19	101

Календарный учебный график по программе повышения квалификации по курсу «Неврология»

Календарный учебный график разработан в соответствии с Правилами внутреннего учебного распорядка в автономной некоммерческой организации дополнительного профессионального образования «Тюменский Межрегиональный Центр аттестации персонала» от 11.01.2019г №51.21;

- Федеральным законом от 29 декабря 2012 г. № 273 - ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»,

- приказом Минобрнауки России от 01.07.2013г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»,

- приказом Минобрнауки РФ от 18.04. 2013 г. № 292 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным программам профессионального обучения»,

- Уставом АНО ДПО «Тюменский межрегиональный центр аттестации персонала»

Календарный учебный график учитывает в полном объеме заявки организаций, заявления от физических лиц, возрастные особенности обучаемого контингента, и отвечает требованиям охраны их жизни и здоровья в процессе обучения.

Продолжительность обучения в АНО ДПО «Тюменский межрегиональный центр аттестации персонала»:

Учебным годом в АНО ДПО «Тюменский межрегиональный центр аттестации персонала» считается календарный год с 1 января по 31 декабря.

Режим работы АНО ДПО «Тюменский межрегиональный центр аттестации персонала»:

Продолжительность рабочего времени в день- 8 часов

Продолжительность рабочего времени в предпраздничные дни - сокращены на 1 час.

Начало работы в- 9час.00 мин.

Перерыв-с 12-00 до 13-00 час.

Окончание работы в 18-00 час.

Режим рабочего дня преподавателей определяется учебной нагрузкой.

Регламент образовательного процесса:

Продолжительность учебной недели 36 часов - 6 дней (понедельник-суббота),

Регламентирование образовательной деятельности на день 6-8 часов.

Учебные занятия организуются в одну смену (при необходимости в 2 смены).

Начало учебных занятий в 9.00, окончание в 16.15 (с часовым перерывом на обед).

Продолжительность уроков (академический час): 45 мин. Перерыв между уроками-10 мин

Наполняемость групп: не более 20 человек

График организации учебных групп

№	Направление обучения	Месяцы/даты											
		ян вар ь	фе вра ль	ма рт	апре ль	ма й	июн ь	июл ь	авгу ст	сентяб рь	октяб рь	ноябр ь	дек абр ь
1	«Гирудотерапия»	По мере комплектации групп											

Организационно-педагогические условия реализации программы.

1. Выбор методов обучения для каждого занятия определяется преподавателем в соответствии с составом и уровнем подготовленности слушателей, степенью сложности излагаемого материала.

1. Лекционные занятия проводятся с целью теоретической подготовки слушателей.

Цель лекции - дать систематизированные основы знаний по учебной теме, акцентировав внимание на наиболее сложных вопросах темы занятия. Лекция должна стимулировать активную познавательную деятельность слушателей, способствовать формированию их творческого мышления.

Оценочные и методические материалы

Литература:

1. Виноградов, М. И. Учение Н. Е. Введенского об основных нервных процессах / М.И. Виноградов. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2011. - 841 с.
2. Гинсберг, Л. Неврология для врачей общей практики: моногр. / Л. Гинсберг. - М.: Бином. Лаборатория знаний, 2010. - 336 с.
3. Гусев, Е. И. Неврологические симптомы, синдромы и болезни / Е.И. Гусев, А.С. Никифоров. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 538 с.

4. Давиденков, С. Н. Многотомное руководство по неврологии. Том 7. Хронически-прогрессирующие заболевания и дисплазии / С.Н. Давиденков. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2012. - 564 с.
5. Донахи, Майкл Неврология / Майкл Донахи. - М.: Медицинское информационное агентство, 2007. - 991 с.
6. Дуус, П. Топический диагноз в неврологии. Анатомия. Физиология. Клиника / П. Дуус. - Москва: Мир, 2012. - 382 с.
7. Заболевания центральной нервной системы. - М.: Ремедиум, 2009. - 694 с.
8. Зинченко, А. Миотония / А. Зинченко. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2015. - 743 с.
9. Иценко, Н. М. Проблема начальных форм и фазности в развитии мозгового артериосклероза / Н.М. Иценко. - М.: Воронежское областное книгоиздательство, 2012. - 801 с.
10. Квалификационные тесты по неврологии. - М.: МЕДпресс-информ, 2013. - 406 с.
11. Киссин, М. Я. Клиническая эпилептология / М.Я. Киссин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 319 с.
12. Краткий справочник врача-невролога. - М.: Сотис, 2005. - 352 с.
13. Кудрявцев, И. А. Реактивные психозы у лиц с последствиями черепно-мозговой травмы / И.А. Кудрявцев. - М.: Здоровья, 2008. - 514 с.
14. Лукомский, И. И. Психические изменения при клещевом энцефалите / И.И. Лукомский. - М.: Издательство Академии медицинских наук СССР, 2013. - 507 с.
15. Морозов, Г. В. Нервные и психические болезни / Г.В. Морозов, В.А. Ромасенко. - М.: Медицина, 2014. - 956 с.
16. Неретин, В. Я. Медико-генетическое консультирование при наследственных и врожденных болезнях нервной системы / В.Я. Неретин, Б.В. Агафонов, О.П. Сидорова. - М.: Медицина, 2014. - 755 с.
17. Павлов, И. П. Лекции о работе больших полушарий головного мозга: моногр. / И.П. Павлов. - М.: Либроком, 2010. - 414 с.
18. Павлов, И. П. Физиология больших полушарий головного мозга / И.П. Павлов. - М.: Либроком, 2014. - 681 с.
19. Прусинский, Антони Мигрень / Антони Прусинский. - М.: Медицина, 2009. - 645 с.
20. Романов, В. К. Лечение радикулитов эпидуральным введением лекарственных веществ / В.К. Романов. - М.: Медицина, 2009. - 716 с.
21. Рональд, М. Каннер Секреты лечения боли / Рональд М. Каннер. - М.: Бином, 2006. - 400 с.
22. Русецкий, И. И. Вегетативные нервные нарушения / И.И. Русецкий. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2006. - 352 с.
23. Сеунг, Себастьян Коннектом. Как мозг делает нас тем, что мы есть / Себастьян Сеунг. - М.: Бином. Лаборатория знаний, 2014. - 440 с.
24. Скоромец, А. А. Неврологический статус и его интерпретация. Учебное руководство для врачей (+ DVD-ROM) / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. - М.: МЕДпресс-информ, 2014. - 603 с.
25. Тревожные расстройства в общей врачебной практике / Под редакцией Л.С. Чутко. - М.: ЭЛБИ-СПб, 2010. - 761 с.

Итоговая аттестация

Проходит в последний день обучения в тестовой форме по вопросам изучаемых тем/модулей.

Цель:

Проверка теоретических знаний, полученных в ходе изучения курса повышения квалификации «Неврология».

Раздел 1. КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.
ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

01.1. При поражении отводящего нерва возникает паралич глазодвигательной мышцы

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

01.2. Мидриаз возникает при поражении

- а) верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательно-го нерва
- б) нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательно-го нерва
- в) мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва
- г) среднего непарного ядра
- д) ядра медиального продольного пучка

01.3. Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне T10 дерматома, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента

- а) T6 или T7
- б) T8 или T9
- в) T9 или T10
- г) T10 или T11

д) T11 или T12

01.4. При центральном параличе наблюдается

а) атрофия мышц

б) повышение сухожильных рефлексов

в) нарушение чувствительности по полиневритическому типу

г) нарушения электровозбудимости нервов и мышц

д) фибриллярные подергивания

01.5. Хореический гиперкинез возникает при поражении

а) палеостриатума

б) неостриатума

в) медиального бледного шара

г) латерального бледного шара

д) мозжечка

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

а) латерально

б) медиально

в) вентрально

г) дорсально

д) вентролатерально

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

а) латерально

б) медиально

в) вентрально

г) дорсально

д) вентромедиально

01.8. Волокна болевой и температурной чувствительности (латеральная петля)

присоединяются к волокнам глубокой и тактильной чувствительности (медиальная петля)

а) в продолговатом мозге

б) в мосту мозга

в) в ножках мозга

г) в зрительном бугре

д) в мозжечке

01.9. Основным медиатором тормозного действия является

а) ацетилхолин

б) ГАМК

в) норадреналин

г) адреналин

д) дофамин

01.10. Все афферентные пути стриопаллидарной системы оканчиваются

а) в латеральном ядре бледного шара

б) в полосатом теле

в) в медиальном ядре бледного шара

г) в субталамическом ядре

д) в мозжечке

Раздел 2. МЕДИЦИНСКАЯ ГЕНЕТИКА

02.1. Пробанд – это:

А. Больной, обратившийся к врачу

Б. Здоровый человек, обратившийся в медико-генетическую консультацию

В. Лицо, впервые попавшее под наблюдение врача-генетика

Г. Лицо, с которого начинается сбор родословной

02.02. При каком типе наследования значительно чаще больные рождаются в семьях с кровно-родственными браками:

А. Х-сцепленный рецессивный

Б. Аутосомно-рецессивный

В. Х-сцепленный доминантный

02.03. Сибсы – это:

А. Все родственники пробанда

Б. Дядя пробанда

В. Родители пробанда

Г. Братья и сестры пробанда

02.04. Объектом изучения клинической генетики являются:

А. Больной человек

Б. Больной и больные родственники

В. Больной и все члены его семьи, в том числе здоровые

02.05. Какова вероятность рождения больного ребенка женщиной, имеющей больных сына и брата гемофилией:

А. 25%

Б. 50%

В. 100%

Г. Близко к 0%

02.06. Долихоцефалия – это:

А. Длинный узкий череп с выступающим лбом и затылком

Б. Увеличение продольного размера черепа относительно поперечного

В. Увеличение поперечного размера черепа при относительном уменьшении продольного размера

Г. Расширение черепа в затылочной и сужение в лобной части

02.07. Эпикант – это:

А. Сросшиеся брови

Б. Широко расставленные глаза

В. Вертикальная кожная складка у внутреннего угла глаза

Г. Сужение глазной щели

02.08. Олигодактилия – это:

А. Отсутствие пальцев

Б. Сращение пальцев

В. Отсутствие одного или более пальцев

Г. Увеличение количества пальцев

02.09. Крипторхизм – это:

А. Незаращение мочеиспускательного канала

Б. Неопущение яичек в мошонку

В. Недоразвитие половых органов

02.10. Арахнодактилия – это:

А. Укорочение пальцев

Б. Изменение форм пальцев

В. Увеличение длины пальцев

Раздел 3. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В НЕВРОЛОГИИ

03.1. Ликвородинамическая проба Пуссера вызывается

- а) сдавлением шейных вен
- б) давлением на переднюю брюшную стенку
- в) наклоном головы вперед
- г) разгибанием ноги, предварительно согнутой в коленном и тазобедренном суставах
- д) надавливанием на глазные яблоки

03.2. Характерными для больных невралгией тройничного нерва являются жалобы

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

03.3. Содержание хлоридов в спинномозговой жидкости в норме колеблется в пределах

- а) 80-110 ммоль/л
- б) 40-60 ммоль/л
- в) 203-260 ммоль/л
- г) 120-130 ммоль/л
- д) 150 -200 ммоль/л

03.4. Эпидемиологический анамнез важен при подозрении

- а) на менингококковый менингит
- б) на герпетический менингоэнцефалит
- в) на грибковый менингит
- г) на менингит, вызванный синегнойной палочкой

д) на пневмококковый менингит

03.5. Односторонний пульсирующий экзофтальм является признаком

а) ретробульбарной опухоли орбиты

б) тромбоза глазничной артерии

в) каротидно-кавернозного соустья

г) супраселлярной опухоли гипофиза

д) арахноидэндотелиомы крыла основной кости

03.6. Для исследования проходимости субарахноидального пространства с помощью пробы Квеккенштедта следует

а) сильно наклонить голову больного вперед

б) сдавить яремные вены

в) надавить на переднюю брюшную стенку

г) наклонить голову больного назад

д) любой маневр удовлетворяет условиям данной пробы

03.7. Для выявления амнестической афазии следует

а) проверить устный счет

б) предложить больному назвать окружающие предметы

в) предложить больному прочитать текст

г) убедиться в понимании больным обращенной речи

д) выполнить действия по подражанию

03.8. Для выявления конструктивной апраксии следует предложить больному

а) поднять руку

б) коснуться правой рукой левого уха

в) сложить заданную фигуру из спичек

г) выполнить различные движения по подражанию

д) проверить устный счет

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

а) коснуться пальцем кончика носа

б) осуществить быструю пронацию-супинацию вытянутых рук

в) сесть из положения лежа на спине со скрещенными на груди руками

г) стоя, отклониться назад

д) сделать несколько шагов с закрытыми глазами

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

а) с фуникулярным миелозом

б) с дистальной моторной диабетической полинейропатией

в) с невральной амиотрофией Шарко – Мари

г) с прогрессирующей мышечной дистрофией

д) с мозжечковой миоклонической диссинергией Ханта

Раздел 4. ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

04.1. В связи с меньшим влиянием на электролитный баланс для лечения отека мозга при тяжелой черепно-мозговой травме следует применять

а) гидрокортизон

б) преднизолон

в) дексаметазон

г) кортизон

д) лазикс

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

а) адреналина

б) норадреналина

в) мезатона

г) дофамина

д) сульфокамфокаин

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

а) ингибиторы МАО

б) трициклические антидепрессанты

в) нейролептики

г) барбитураты

д) все перечисленные препараты

04.4. Чтобы купировать психомоторное возбуждение при тяжелой черепно-мозговой травме, применяют

а) диазепам

б) аминазин

в) пропазин

г) гексенал

д) любой из перечисленных препаратов

04.5. Из перечисленных антибиотиков наибольшей способностью проникать через ГЭБ обладает

а) цефалексин

б) клиндамицин

в) рифампицин

г) цефтриаксон

д) эритромицин

04.6. Для лечения гиперосмолярного синдрома при тяжелой черепно-мозговой травме не следует применять

а) маннитол

б) реополиглюкин

в) полиглюкин

г) альбумин

д) 5% раствор глюкозы

04.7. При тяжелой черепно-мозговой травме преимущественное дегидратирующее действие по отношению к участкам мозга с отеком, чем без отека, оказывает

а) маннитол

б) глицерин

в) лазикс

г) альбумин

д) полиглюкин

04.8. Для коррекции дефицита дофаминергической активности при выходе из острейшего периода тяжелой черепно-мозговой травмы (апатический или акинето-ригидный синдром) назначают

а) циклодол

б) пирацетам

в) энцефабол

г) галоперидол

д) наком

04.9. К «дневным» транквилизаторам относится

а) мидазолам (флормидал)

- б) нитразепам (эуноктин)
- в) диазепам (реланиум)
- г) тофизепам (грандаксин)
- д) лоразепам (мерлит)

04.10. Ноотропные средства при черепно-мозговой травме можно применять

- а) спустя 3 дня после травмы
- б) спустя неделю после травмы
- в) в резидуальном периоде
- г) в любые сроки
- д) применение противопоказано

Раздел 5. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

05.1. В основу классификации полиневропатий положен следующий принцип

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

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

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

05.3. Для дифтерийной полиневропатии характерно наличие

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

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

- а) боль в области голени
- б) припухлость в области наружной лодыжки
- в) парезы сгибателей пальцев стопы
- г) гипотрофия перонеальной группы мышц
- д) сенситивная атаксия

05.5. Инфекционный полиневрит вызывают возбудители:

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

05.6. Для полиневропатии Гийена - Барре характерно

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

д) выраженный менингеальный синдром

05.7. Для полиневропатии Гийена - Барре характерно появление белково-клеточной диссоциации в ликворе

а) с 1-го дня заболевания

б) с 3-го дня заболевания

в) со 2-й недели заболевания

г) с 3-й недели заболевания

д) с 4-й недели заболевания

05.8. К демиелинизирующим относится полиневропатия

а) Гийена - Барре

б) диабетическая

в) порфирийная

г) гипотиреоидная

д) алкогольная

05.9. Для невропатии тройничного нерва характерны

а) снижение корнеального рефлекса

б) нарушение вкуса на задней трети языка

в) гипалгезия во внутренней зоне Зельдера

г) гипертрофия жевательной мускулатуры

д) все перечисленное

05.10. При поражении языкоглоточного нерва наблюдается

а) нарушение вкуса на задней 1/3 языка

б) парез гортани

в) парез мягкого неба

г) атрофия языка

д) оро-фациальная дистония

Раздел 6. ИНФЕКЦИОННЫЕ И ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

06.1. Острый некротический энцефалит вызывают вирусы

а) Коксаки

б) простого герпеса

в) кори

г) паротита

д) аденовирусы

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

а) стафилококкового менингита

б) пневмококкового менингита

в) менингита, вызванного вирусом Коксаки

г) менингококкового менингита

д) лимфоцитарного хориоменингита

06.3. К редким синдромам энцефалита Экономо относят

а) глазодвигательные расстройства

б) патологические стопные знаки

в) нарушения сна

г) вегетативные расстройства

д) поражение лицевых нервов

06.4. Острый клещевой энцефалит характеризуется

а) пиком заболеваемости в осенне-зимний период

- б) отсутствием менингального синдрома
- в) снижением внутричерепного давления
- г) вялыми парезами и параличами мышц плечевого пояса
- д) нейтрофильным цитозом в ликворе

06.5. Общесоматические проявления СПИДа включают

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

06.6. При вирусных энцефалитах в ликворе наблюдается

- а) лимфоцитарный плеоцитоз
- б) снижение содержания белка
- в) увеличение содержания хлоридов
- г) увеличение содержания глюкозы
- д) верно все перечисленное

06.7. Для этиотропной терапии герпетического энцефалита применяется

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

06.8. Решающее значение в диагностике менингита имеет

- а) острое начало заболевания с повышением температуры

- б) острое начало заболевания с менингеальным синдромом
- в) изменения спинномозговой жидкости
- г) признаки застоя на глазном дне
- д) очаговая неврологическая симптоматика

06.9. Серозный менингит может быть вызван следующими бактериями

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

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

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

Раздел 7. СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

07.1. Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие

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

07.2. В развитии недостаточности кровоснабжения мозга при атеросклерозе играют роль следующие факторы

- а) пролапс митрального клапана
- б) повышение фибринолитической активности крови
- в) снижения активности свертывающей системы
- г) стеноз магистральных сосудов на шее
- д) все перечисленное

07.3. Субъективные церебральные симптомы при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения мозга обычно появляются

- а) в утренние часы
- б) в вечерние часы
- в) после физической нагрузки
- г) после эмоционального стресса
- д) при условиях, требующих усиления кровоснабжения мозга

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

- а) 1 суток
- б) 1 недели
- в) 2 недель
- г) 3 недель
- д) 1 месяца

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

- а) 1 недели
- б) 3 недель

в) 1 месяца

г) 3 месяцев

д) 6 месяцев

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

а) дизартрии

б) дисфонии

в) дисфагии

г) фибрилляции языка

д) симптомов орального автоматизма

07.7. Псевдобульбарный синдром развивается при сочетанном поражении

а) пирамидных и мозжечковых путей доминантного полушария

б) пирамидных и мозжечковых путей недоминантного полушария

в) пирамидных и экстрапирамидных путей доминантного полушария

г) пирамидных и экстрапирамидных путей недоминантного полушария

д) пирамидных путей доминантного и недоминантного полушарий

07.8. При формулировании диагноза сосудистого заболевания головного мозга согласно классификации НИИ неврологии АМН РФ на первое место выносится

а) этиология сосудистого процесса

б) характер нарушения мозгового кровообращения

в) пораженный сосудистый бассейн

г) клинический синдром

д) состояние трудоспособности

07.9. К этиотропной терапии атеросклеротической энцефалопатии относится назначение

а) антигипертензивных препаратов

- б) вазоактивных средств
- в) антиагрегантов
- г) антиоксидантов
- д) препаратов, нормализующих липидный обмен

07.10. Главной причиной церебральной ишемии при остром инфаркте миокарда с нарушением ритма (кардиocereбральный синдром) является

- а) повышение вязкости крови
- б) повышение активности свертывающей системы
- в) ухудшение реологических свойств крови
- г) снижение системного перфузионного давления
- д) повышение агрегации форменных элементов крови

Раздел 8. ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

08.1. Наиболее частой причиной вегетативных кризов являются
тревожные невротические расстройства

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

08.2. Для базисной терапии вегетативных кризов применяются следующие препараты

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

д) ноотропы

08.3. Наиболее частой причиной синдрома Горнера является

а) поражение ствола мозга

б) поражение спинного мозга

в) поражение первого грудного корешка

г) поражение шейной симпатической цепочки

д) поражение симпатического сплетения внутренней сонной артерии

е) травма глазного яблока

08.4. Вегетативные кризы часто сопровождаются следующими психопатологическими проявлениями

а) тревогой ожидания

б) агорафобией

в) ограничительным поведением

г) агорафобией и ограничительным поведением

д) всеми перечисленными проявлениями

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

а) значительное повышение артериального давления

б) повышенное потоотделение

в) выраженное чувство страха

г) сердцебиение

д) все перечисленное

08.6. Наличие функциональных неврологических (псевдоневрологических) симптомов наиболее характерно

а) для гипервентиляционных приступов

б) для вегетативных кризов

- в) для парциальных сложных припадков
- г) для демонстративных припадков
- д) для гипогликемических приступов
- е) для феохромоцитомы

08.7. Эффект антидепрессантов при вегетативных кризах обычно наступает

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

08.8. При невропатических болях стреляющего характера наиболее эффективны

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

08.9. При невропатических болях жгучего характера наиболее эффективны

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

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

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

Раздел 9. ТРАВМЫ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

09.1. Согласно современной классификации черепно-мозговой травмы не выделяют

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

09.2. Диффузное аксональное повреждение головного мозга при черепно-мозговой травме характеризуется

- а) длительным коматозным состоянием с момента травмы
- б) развитием комы после «светлого» периода
- в) отсутствием потери сознания
- г) кратковременной потерей сознания
- д) кратковременной потерей сознания с ретроградной амнезией

09.3. К открытой черепно-мозговой травме относится травма

- а) с ушибленной раной мягких тканей без повреждения апоневроза
- б) с повреждением апоневроза
- в) с переломом костей свода черепа

г) с переломом костей основания черепа без ликвореи

д) с развитием эпидуральной гематомы

09.4. Сотрясение головного мозга в сочетании с повреждением мягких тканей относится к черепно-мозговой травме

а) легкой открытой

б) легкой закрытой

в) открытой средней тяжести

г) закрытой средней тяжести

д) тяжелой

09.5. Для внутричерепной гипертензии характерна головная боль

а) распирающего характера

б) распирающего характера в затылочной части

в) пульсирующего характера по всей голове

г) сдавливающего характера в лобно-теменной области

д) жгучего характера в затылочной области

09.6. Характерные диагностические признаки субдуральной гематомы получают

а) при компьютерной томографии

б) при ангиографии

в) при эхоэнцефалографии

г) при магниторезонансной томографии

д) при всем перечисленном

09.7. Если после черепно-мозговой травмы развиваются ригидность затылочных мышц и светобоязнь при отсутствии очаговых симптомов, то наиболее вероятен диагноз

а) сотрясение мозга

б) субарахноидальное кровоизлияние

в) ушиб мозга

г) внутричерепная гематома

д) диффузное аксональное повреждение

09.8. Положительные диагностические признаки субарахноидального кровоизлияния могут быть получены

а) при рентгенографии черепа

б) при ангиографии

в) при компьютерной томографии

г) при транскраниальной доплеросонографии

д) при эхоэнцефалографии

09.9. Острая субдуральная гематома на компьютерной томограмме характеризуется зоной

а) гомогенного повышения плотности

б) гомогенного понижения плотности

в) неоднородного повышения плотности

г) отека мозга

д) множественными зонами пониженной плотности

09.10. Краниографические признаки острой травмы черепа характеризуются

а) «пальцевыми вдавлениями»

б) усиленным сосудистым рисунком

в) увеличением глубины турецкого седла

г) остеопорозом затылочной кости и затылочного полукольца

д) ни одним из перечисленных признаков

Раздел 10. ОПУХОЛИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

10.1. Для опухоли преmotorной области лобной доли характерны

- а) гемипарез с преобладанием в ноге
- б) моторная афазия
- в) адверсивные эпилептические припадки
- г) атрофия зрительного нерва на стороне опухоли
- д) все перечисленное

10.2. Для интрамедуллярной спинальной опухоли наиболее характерно наличие

- а) сегментарного диссоциированного расстройства чувствительности
- б) корешковых болей положения
- в) ранней блокады субарахноидального пространства
- г) рентгенологического симптома Эльсберга – Дайка
- д) сенситивной атаксии

10.3. Спондилография наименее информативна, если опухоль спинного мозга локализуется

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

10.4. Экстрамедуллярные опухоли спинного мозга наиболее часто располагаются на его

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

10.5. Наиболее значительное повышение белка в ликворе наблюдается

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

10.6. Наиболее часто встречаются невриномы нерва

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

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

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

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

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

д) теменной и затылочной

10.9. Симптом корешковых болей положения наиболее характерен для:

а) эпидуральных неврином

б) субдуральных неврином

в) эпидуральных менингиом

г) субдуральных менингиом

д) эпидуральных неврином и субдуральных менингиом

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

а) височной доле

б) задней черепной ямке

в) стволе мозга

г) затылочной доле

д) лобной доле

Раздел 11. ПСИХОНЕВРОЛОГИЯ, СОМАТОНЕВРОЛОГИЯ

11.1. Диабетическая полиневропатия развивается

а) при неадекватной терапии сахарного диабета

б) при большой длительности заболевания

в) при высокой степени гипергликемии

г) при наличии кетоацидоза

д) при частом колебании уровня глюкозы в крови

11.2. При сахарном диабете наиболее часто развивается невропатия следующих черепных нервов

а) III, IV, VI, VII

б) VII, XI, XII

в) X, XI, XII

г) IX, X

д) IX, XII

11.3. Наиболее частым соматическим осложнением хронического алкоголизма является

а) гастрит

б) язвенная болезнь желудка

в) энтероколит

г) гепатит

д) цирроз печени

11.4. Наиболее частым побочным действием морфиноподобных препаратов, вводимых в терапевтических дозах, является

а) угнетение всех фаз дыхательной деятельности

б) тахикардия

в) снижение артериального давления

г) тошнота и рвота

д) затруднение мочеиспускания

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

а) полинейропатии.

б) тикам

в) хореоатетозу

г) пдеменции

д) судорожным припадкам

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

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

11.7. Судорожные припадки наиболее часто наблюдаются при следующих формах неврозов

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

11.8. У лиц с тревожно-мнительными чертами характера наиболее часто развивается следующая клиническая форма невроза

- а) неврастения
- б) невроз навязчивых состояний
- в) истерия
- г) невротическая депрессия
- д) неврастения и истерия

11.9. При лечении невроза с целью коррекции судорожного синдрома следует выбрать следующие психотропные средства

- а) седуксен (реланиум)
- б) аминазин

в) галоперидол

г) amitriptilin

д) нуредал

11.10. Патологической основой невроза является дисфункция

а) коры лобной доли доминантного полушария

б) коры височной доли правого полушария у правши

в) лимбико-ретикулярного комплекса

г) nigrostrionigralной системы

д) гипоталамуса