

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Лазаренко Виктор Анатольевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 04.03.2026 20:50:54
Уникальный программный ключ:
45c319b8a032ab3637134215abd1c475334767f4

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)**

УТВЕРЖДЕНО

на заседании кафедры неврологии и
нейрохирургии
протокол № 3а от «20» октября 2025 г.
заведующий кафедрой неврологии и
нейрохирургии
доцент _____ Т.В.Шутеева



УТВЕРЖДЕНО

на заседании ученого совета
Института непрерывного образования
протокол № 3 от «16» декабря 2025 г.
председатель ученого совета
Института непрерывного образования
доцент _____ Л.Л. Квачахия



**ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ
КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ
31.08.22(Неврология)**

Разработчики рабочей программы:

Заведующий кафедрой доцент

Шутеева Т.В.

Государственная итоговая аттестация проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательных программ соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.42 Неврология

1.1. Целью государственной итоговой аттестации (ГИА) является установление соответствия уровня подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, требованиям соответствующего федерального государственного образовательного стандарта и разработанной на основе стандарта образовательной программы с оценкой степени указанного соответствия.

Выпускник, освоивший программу ординатуры по специальности 31.08.42 Неврология, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

- ✓ готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- ✓ готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- ✓ 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, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3)

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными компетенциями**:

профилактическая деятельность:

- ✓ готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- ✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- ✓ готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- ✓ готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

- ✓ готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи (ПК-6);
- ✓ готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

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

организационно-управленческая деятельность:

- ✓ готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- ✓ готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- ✓ готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12)

2. Содержание и порядок проведения государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся согласно Положения о государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена.

Государственный экзамен представляет собой государственное аттестационное испытание по профессионально-ориентированным междисциплинарным проблемам, устанавливающее соответствие подготовленности выпускников требованиям ФГОС ВО и профессиональным стандартам.

Государственный экзамен носит комплексный характер, проводится с целью проверки уровня и качества общепрофессиональной и специальной подготовки ординаторов и наряду с требованиями к содержанию отдельных дисциплин учитывает также общие требования к выпускнику, предусмотренные ФГОС ВО по данной специальности.

Государственный экзамен позволяет выявить и оценить подготовку выпускника для решения профессиональных задач, готовность к основным видам профессиональной деятельности.

3. Программа государственного экзамена

3.1. Государственный экзамен проводится в очной форме и состоит из двух этапов. Критерии оценки этапов определяется программой ГИА

Государственный экзамен включает следующие этапы:

I этап – тестирование. Проводится по тестам, подготовленным соответствующими кафедрами КГМУ, охватывающим все разделы учебного плана специальности и позволяющим определить уровень усвоения содержания базовых дисциплин специальности и сформированность теоретических основ универсальных и профессиональных компетенций.

II этап – итоговое устное собеседование. Проводится оценка уровня профессиональной подготовки выпускника, его компетентности на основе ответа на вопросы билета и решения профессионально ориентированных ситуационных задач обобщенного характера.

Утвержденные программы размещаются на официальном сайте Университета

3.2 На первом этапе государственного экзамена проводится компьютерное тестирование: из общей базы, состоящей не менее чем из 500 (пятисот) апробированных прошедших экспертизу тестов, в случайном порядке формируется вариант, состоящий из 60 (шестидесяти) заданий. На собеседовании ординатор получает экзаменационный билет, примерную форму которого разрабатывает деканат факультета последипломного образо-

вания, содержащий 3 вопроса и ситуационную профессионально ориентированную задачу с 3-5 вопросами, составленную в соответствии с утверждённой программой государственного экзамена. Экзаменационные билеты подписываются заведующим кафедрой и утверждаются проректором по непрерывному образованию и международному сотрудничеству.

3.3. При подготовке к ответу в устной форме ординаторы делают необходимые записи по каждому вопросу на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги с печатью факультета последипломного образования. На подготовку к ответу первому ординатору предоставляется не менее 45 минут, остальные отвечают в порядке очереди. В процессе ответа и после его завершения члены ГЭК с разрешения ее председателя могут задать ординатору уточняющие и дополнительные вопросы в пределах программы государственного экзамена. После завершения ответа ординатора на все вопросы и объявления председателем ГЭК окончания опроса экзаменуемого члены ГЭК фиксируют в своих записях оценки за ответы экзаменуемого на каждый вопрос и предварительную результирующую оценку. Результаты собеседования с ординатором оцениваются в соответствии с утвержденными критериями.

3.4. По завершении государственного экзамена ГЭК на закрытом заседании обсуждает ответы каждого ординатора и выставляет каждому согласованную итоговую оценку в соответствии с утвержденными критериями оценивания с учётом результатов тестирования, сдачи практических навыков и устного собеседования. В случае расхождения мнения членов ГЭК по итоговой оценке на основе оценок, поставленных каждым членом комиссии в отдельности, решение ГЭК принимается простым большинством голосов членов комиссии, участвующих в заседании, при обязательном присутствии председателя комиссии или его заместителя. При равном числе голосов председатель комиссии (или заменяющий его заместитель) обладает правом решающего голоса.

3.5 Итоговая оценка за государственный экзамен сообщается ординатору, представляется в протокол экзамена и зачётную книжку ординатора, где расписываются председатель и члены ГЭК.

Критерии оценки результатов государственного экзамена

Оценка в баллах	Содержание ответа
5	Ординатор отлично ориентируется в теоретических аспектах проблемы, успешно использует теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, умеет делать выводы, разрабатывать и принимать соответствующие решения, может в полном объеме выполнять все виды профессиональной деятельности
4	Ординатор хорошо ориентируется в теоретических аспектах проблемы, умеет использовать теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, испытывает некоторые затруднения при обобщении результатов и разработке соответствующих решений, может выполнять все виды профессиональной деятельности
3	Ординатор имеет определенные теоретические знания по затронутой проблеме, испытывает затруднения при использовании теоретических знаний для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи и обобщении результатов, не может разработать соответствующее решение, может выполнять виды профессиональной деятельности не в полном объеме
2	У ординатора отсутствуют системные теоретические знания по затронутой проблеме, он не может решить профессионально-ориентированную ситуационную задачу, сделать соответствующий вывод и обобщить результаты, не готов к выполнению профессиональных

	ВИДОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	
--	--------------------	--

4. Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену.

4.1. Вопросы для подготовки к государственному экзамену

1. Зрительный нерв: функции, строение, симптомы поражения на различных уровнях.
2. Очаговые симптомы поражения и раздражения затылочной доли головного мозга, причины их появления.
3. Строение проводящих путей и локализация центра поверхностной болевой и температурной чувствительности; симптомы их поражения и раздражения на различных уровнях (кора головного мозга, внутренняя капсула, спинной мозг, периферические нервы).
4. Очаговые симптомы поражения и раздражения лобной доли головного мозга, причины их появления.
5. Высшие психические функции: определение, морфологический субстрат, условия их формирования. Локализация функций в коре больших полушарий головного мозга, концепция динамической локализации функций. Примеры функциональной асимметрии больших полушарий головного мозга.
6. Физиологические глубокие и поверхностные рефлекссы, их уровни замыкания и изменения при центральном и периферическом параличах
7. Лицевой нерв: строение, центральный и периферический парезы, их дифференциальная диагностика, лечение.
8. Пирамидный путь: строение, функции, симптомы поражения на разных уровнях (в коре больших полушарий головного мозга, внутренней капсуле, стволе головного мозга, в шейном, грудном и поясничном отделах спинного мозга).
9. Очаговые симптомы поражения и раздражения височной доли головного мозга, причины их появления.
10. Строение проводящих путей и локализация центра глубокой чувствительности, симптомы их поражения на различных уровнях. Методы исследования глубокой чувствительности. Синдром сенситивной атаксии.
11. Оболочечный (менингеальный) синдром: причины и механизмы развития, основные менингеальные симптомы. Анализ спинномозговой жидкости в норме у новорожденных и взрослых. Особенности менингеального синдрома при туберкулезном, герпетическом менингите, у детей первых лет жизни и ослабленных больных.
12. Очаговые симптомы поражения и раздражения теменной доли головного мозга, причины их появления.
13. Мозжечок: функции, строение, состав ножек (основные пути), симптомы нарушения функций мозжечка и методы их исследования.
14. Симптомы полного поперечного поражения спинного мозга на уровне его верхних шейных сегментов, шейного утолщения, грудных сегментов, пояснично-крестцового утолщения.
15. Добавочный нерв: функции, симптомы поражения и его причины.
16. Характеристика и дифференциальная диагностика центрального и периферического паралича. Причины их появления. Дифференциальный диагноз органического и конверсионного пареза.
17. Экстрапирамидная система: функции, строение, медиаторы. Основные синдромы поражения. Синдром паркинсонизма: причины, дифференциальный диагноз и клиника.
18. Невралгия тройничного нерва. Этиология, патогенез, основные клинические симптомы и формы. Лечение в зависимости от этиологии и формы.

19. Локализация речевых функций в коре больших полушарий головного мозга. Расстройства речи. Виды афазий. Характеристика моторной афазии.
20. Языкоглоточный и блуждающий нервы: функции, симптомы поражения. Бульбарный и псевдобульбарный синдромы: причины, клиника, дифференциальный диагноз.
21. Проводящие пути и сегментарный аппарат спинного мозга на поперечном срезе: состав задних, боковых, передних канатиков спинного мозга, серого вещества спинного мозга.
22. Причины развития и дифференциальная диагностика экстрапирамидных синдромов (паркинсонизм, гиперкинезы, мышечные дистонии).
23. Глазодвигательный нерв: функции, строение, симптомы и причины поражения.
24. Причины и симптомы поражения структур и образований спинного мозга: заднего и бокового канатиков; переднего и заднего боковых рогов; передней серой спайки.
25. Поясничная пункция: показания, противопоказания, техника проведения, возможные осложнения. Изменения спинномозговой жидкости (синдромы диссоциаций). Особенности трактовки анализа спинномозговой жидкости в зависимости от формы заболевания, возраста больных.
26. Блоковый и отводящий нервы: функции, строение, причины и симптомы поражения.
27. Вегетативная нервная система: отделы, причины вегетативной дисфункции, клинические симптомы. Паническая атака. Неотложная помощь и профилактика.
28. Бульбарный и псевдобульбарный параличи: причины развития, клинические проявления, дифференциальная диагностика.
29. Очаговые симптомы поражения и раздражения теменной доли головного мозга, причины их появления.
30. Подъязычный нерв: функция, клиника и причины поражения.
31. Невралгия тройничного нерва. Этиология, патогенез, основные клинические симптомы и формы. Лечение в зависимости от этиологии и формы.
32. Тройничный нерв: функции, строение, симптомы поражения, дифференциальная диагностика поражения ветвей и ядер тройничного нерва.
33. Экстрапирамидная система: функции, строение. Гиперкинезы, мышечные дистонии при поражении экстрапирамидной системы: причины их развития и возможности лечения.
34. Эпилепсия: определение, причины, классификация основных видов эпилепсий и эпилептических припадков. Методы обследования, принципы лечения.
35. Остеохондроз позвоночника: этиология, патогенез, классификация неврологических синдромов остеохондроза. Купирование острого болевого синдрома при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника.
36. Синдром ишемического инсульта: основные причины и факторы риска, патогенез, типы. Концепция «терапевтического окна». Неотложная помощь. Лечение в острейшем и остром периодах в условиях отделения для больных с ОНМК РСЦ.
37. Нейросифилис: основные клинические формы. Методы уточнения диагноза. Лечение.
38. Нарушения мозгового кровообращения: классификация, причины и факторы риска. Роль апоптоза в развитии инсульта, концепция биохимического (глутамат-кальциевого) каскада. Методы борьбы с апоптозом.
39. Менингиты: этиология, патогенез, классификация. Основные клинические проявления менингитов. Изменения спинномозговой жидкости при менингитах.
40. Факторы риска нарушений мозгового кровообращения. Преходящие нарушения мозгового кровообращения (ПНМК): определение, классификация, клиника ПНМК в каротидной и вертебробазиллярной системах. Организация лечебно-диагностического процесса при ПНМК. Профилактика ПНМК.

41. Неврологические синдромы остеохондроза шейного и грудного отделов позвоночника, роль грыж и протрузий межпозвонковых дисков в их развитии. Методы обследования. Лечение вертеброгенного болевого синдрома.
42. Цереброваскулярное заболевание: ишемический инсульт. Причины и основные этиопатогенетические типы ишемического инсульта, роль и значение биохимического (глутамат-кальциевого) каскада в его развитии. Основные периоды ишемического инсульта. Неотложная помощь при его развитии. Лечение в остром периоде.
43. Сотрясение головного мозга: клиника, морфологические изменения, данные визуализации и неврологического статуса. Лечение в остром периоде, в периоде последствий.
44. Субарахноидальное кровоизлияние: этиопатогенез, клиника, роль патологического вазоспазма в развитии осложнений. Методы дополнительной диагностики, дифференциальная диагностика с менингитом. Лечение.
45. Ушиб головного мозга: морфологическая основа, основные клинические проявления, данные дополнительных методов исследования. Лечение в периоде последствий и осложнений.
46. Дифференцированное медикаментозное и хирургическое лечение ишемического инсульта в «период терапевтического окна». Первичная и вторичная профилактика инсульта.
47. Хроническая ишемия мозга: дисциркуляторная энцефалопатия. Причины, механизмы развития, критерии диагноза, стадии. Основные принципы лечения, профилактики.
48. Боковой амиотрофический склероз: этиопатогенез, патоморфология, клиника, течение, лечение, прогноз.
49. Поражения нервной системы при СПИДе. Первичный и вторичный нейроСПИД.
50. Болезнь Паркинсона: этиология, критерии диагноза, клиника, классификация стадий, медикаментозное и хирургическое лечение на различных стадиях.
51. Синдром полиневропатии: основные клинические проявления, причины развития, методы дополнительной объективной диагностики. Основные принципы лечения.
52. Гнозия, праксия: понятие, локализация центров. Агнозия, ее виды. Апраксия, ее виды. Причины развития апраксии и агнозии.
53. Мозговой инсульт как синдром острого нарушения мозгового кровообращения: концепция гетерогенности инсульта. Основные принципы ухода за больным инсультом (позиционирование, кормление, введение жидкости, лечебная физкультура, массаж). Первичная и вторичная профилактика инсульта.
54. Принципы лечения вертеброгенного болевого синдрома при поясничном остеохондрозе (острый период, период затянувшегося обострения).
55. Вирусные энцефалиты (герпетический, гриппозный): основные клинические проявления, данные лабораторных и дополнительных методов исследования, лечение.
56. Классификация наследственных нейродегенеративных заболеваний, причины их развития. Клиника наследственных мозжечковых дегенераций, возможности их лечения.
57. Неврологические синдромы остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника. Рефлекторные и компрессионные корешковые синдромы; понятие о мышечно-тоническом синдроме. Основные принципы лечения рефлекторных и корешковых синдромов остеохондроза позвоночника.
58. Синдром вегетативной дисфункции: перманентные и пароксизмальные расстройства, их причины, виды и клинические проявления. Лечение, профилактика.
59. Наследственные нервно-мышечные заболевания: классификация, формы. Невральная амиотрофия Шарко-Мари-Тута: этиопатогенез, клиника, диагностика, возможности лечения.
60. Оболочечный (менингеальный) синдром: причины и механизмы развития, основные менингеальные симптомы. Анализ спинномозговой жидкости в норме у новоро-

жденных и взрослых. Особенности менингеального синдрома при туберкулезном, герпетическом менингите, у детей первых лет жизни и ослабленных больных.

61. Синдром геморрагического инсульта: причины и факторы риска, классификация. Клиника внутримозгового кровоизлияния. Диагностика, лечение. Первичная и вторичная профилактика геморрагического инсульта.
62. Современная классификация закрытой черепно-мозговой травмы. Дифференциальный диагноз различных форм черепно-мозговой травмы.
63. Прогрессирующие мышечные дистрофии: причины, классификация. Первичные прогрессирующие мышечные дистрофии (форма Дюшенна), вторичные амиотрофии. Диагностика, лечение.
64. Причины развития и виды неврологических синдромов остеохондроза позвоночника. Лечение болевого вертеброгенного синдрома (в остром периоде). Организация помощи при резистентном болевом синдроме.
65. Рассеянный склероз: определение, этиопатогенез, клиника, типы течения. Лечение: купирование обострений; препараты, изменяющие течение рассеянного склероза (ПИТРС).
66. Классификация эпилептических припадков и эпилептического статуса. Причины развития и неотложная терапия при эпилептическом статусе судорожных припадков.
67. Миастенический и холинергический кризисы: причины развития, дифференциальная диагностика, лечение.
68. Мигрень, головная боль напряжения: причины развития, дифференциальная диагностика. Основные принципы лечения.
69. Гнойные менингиты: причины и основные механизмы развития, клиника, изменения спинномозговой жидкости. Принципы лечения.
70. Перинатальная патология: причины развития, основные синдромы острого периода, последствия. Диагностика, лечение.
71. Клиника и лечение невралгии лицевого нерва в остром периоде.
72. Туберкулезный менингит: особенности клинической картины и спинномозговой жидкости. Лечение.
73. Когнитивная дисфункция: сосудистая деменция, ее определение и причины. Дифференциальная диагностика. Лечение.
74. Парез срединного и локтевого нервов: причины развития, основные клинические проявления. Методы диагностики.
75. Миастения: этиология, патогенез, основные клинические проявления, диагностика, лечение.
76. Неврозы: определение, причины развития, основные клинические формы. Лечение.
77. Острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулонейропатия (синдром Гийена-Барре): причины и основные клинические проявления. Диагностика, лечение.
78. Неотложная базисная терапия больных с инсультом на догоспитальном этапе. Уход и реабилитация.

4.2. Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1

Больной И., 46 лет, жалуется на интенсивную головную боль теменно-затылочной локализации, возникшую три часа тому назад без видимых причин. Беспокоит тошнота, была двукратная рвота. Артериальное давление – 170 и 110 мм рт.ст.

Объективно: несколько заторможен. Лежит на спине, голова несколько запрокинута. Глаза закрывает – поясняет, что раздражает солнечный свет из окна. на вопросы отвечает адекватно, но с небольшой задержкой.

Неврологический статус: выражена ригидность мышц затылка, положителен симптом Кернига. Симптомов нарушения функции черепных нервов не выявлено. Активные

движения в полном объеме, координаторных нарушений нет. Глубокие рефлексы оживлены, без расширения рефлексогенных зон и латерализации. Патологических знаков и расстройств поверхностной и глубокой чувствительности не выявляется.

Вопросы.

1. Назовите ведущий синдром у больного.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Укажите методы дополнительного исследования для уточнения диагноза.
4. Укажите возможные варианты этиологии синдрома.
5. Назначьте возможное лечение на догоспитальном этапе.

Ситуационная задача 2

Больная Д., 35 лет, жалуется на резко выраженную слабость в конечностях, затруднение глотания, двоение, одышку.

Впервые двоение появилось около года тому назад: вечером во время просмотра телепередачи вдруг заметила двоение изображения на экране и предметов в комнате. Двоение продолжалось 3-4 часа до момента засыпания. С тех пор двоение появлялось каждый вечер, а утром и днем зрение было нормальным. Спустя месяц родные заметили, что у больной приспущены верхние веки; степень опущения к концу дня усиливалась. Через полгода больная стала испытывать трудности при приеме пищи - жевать становится трудно, нарушалось глотание. После отдыха самочувствие улучшалось. Примерно 2 месяца назад стало трудно подниматься по лестнице, к вечеру из-за нарастающего утомления была вынуждена подолгу сидеть или лежать. Повторные движения сопровождаются нарастающей слабостью мышц.

Объективно: состояние тяжелое, психомоторное возбуждение. Дыхание поверхностное, ритмичное, учащенное до 28 в мин., диафрагма в дыхательных движениях не участвует. Пульс ритмичный, 110 в мин. АД 160 и 110 мм рт.ст. Кожные покровы сухие. В ротовой полости – умеренное количество слизи.

Неврологический статус. Двусторонний птоз верхних век, мидриаз. Расходящееся косоглазие, слабость наружных и верхних прямых мышц - движения глазных яблок вверх и наружу резко ограничены. Глоточные рефлексы отсутствуют, поперхивание при попытке проглатывания воды. Речь малоразборчива, гнусавый оттенок голоса. Тетрапарез, глубокие рефлексы билатерально снижены, симметричны, при повторном вызывании исчезаемы.

Вопросы.

1. Укажите ведущий синдром.
2. Проведите дифференциальный диагноз синдрома.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Какие методы обследования могут помочь в уточнении диагноза?
5. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 3

У больной М., 17 лет, жалобы на: 1) сильные боли в области поясницы справа и по передне-наружной поверхности бедра, голени и стопы правой ноги; 2) онемение тыла и внутреннего края правой стопы.

Анамнез заболевания: заболела остро, после поднятия тяжести появилась боль в пояснице, отдающая в правую ногу. Спустя сутки заметила онемение на стопе.

Неврологический статус: активные движения в поясничном отделе, правой ноге затруднены из-за боли. Вынужденная поза. Напряжение и резкая болезненность при пальпации паравerteбральных мышц в пояснично-крестцовой области справа. Сколиоз позвоночника. Резко положительны симптомы натяжения справа. Коленный рефлекс справа не

вызывается. Гипестезия в зонах иннервации корешков L4 и L5 на стопе и голени правой ноги. Слабость тыльного сгибания правой стопы, разгибания I пальца. Функции тазовых органов сохранены.

Вопросы.

1. Укажите топический диагноз.
2. Укажите методы дополнительного обследования.
3. Назовите возможную причину заболевания.
4. Дифференциальная диагностика синдрома.
5. Назначьте лечение вертеброгенного болевого синдрома в остром периоде.

Ситуационная задача 4

Больная Ж., 35 лет, жалуется на насильственные движения в мышцах лица, конечностей. Больна в течение 3-х лет, постепенно отмечает усиление и учащение насильственных подергиваний мышц. При волнении произвольные движения нарастают.

Анамнез заболевания: отец больной в возрасте старше 40 лет страдал двигательными расстройствами, нарушением памяти (заболевание пациентка назвать не может).

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Выражены непроизвольное мигание, гримасничанье, подергивание мышц конечностей, быстрое нецелесообразное сгибание-разгибание в суставах конечностей, плечевого пояса. Нарушена ходьба в результате непроизвольного сокращения мышц ног.

Неврологический статус: больная в ясном сознании, менингеальных знаков не выявляется. Объем активных движений полный, глубокие рефлексы оживлены, без разницы сторон. Патологических рефлексов нет. Координация движений нарушена из-за насильственных сокращений мышц. Чувствительность сохранена.

Вопросы

1. Укажите, дисфункция какой системы может сопровождаться подобной клинической картиной.
2. Назовите синдром.
3. Какое заболевание наиболее вероятно у пациентки?
4. Какие методы дополнительного обследования следует назначить для уточнения диагноза?
5. Укажите возможные лечебные мероприятия.

Ситуационная задача 5

У больного Д., 17 лет, остро развилась сильная головная боль («как будто обожгло затылок и темя»), появились тошнота, повторная рвота. Спустя 2 часа от начала заболевания больной жалуется врачу бригады «скорой медицинской помощи» также и на то, что его раздражает свет, громкие звуки. До приезда бригады отмечалась неоднократная рвота и позывы на рвоту.

Анамнез. Заболел остро, 2 часа тому назад, на фоне эмоционального стресса. Ранее часто болела голова, артериальное давление не измерял. К врачу за помощью ранее не обращался, не обследовался, не лечился. Часто употребляет алкоголь, энергетические напитки.

Объективно: состояние тяжелое. Лежит на боку, держится руками за голову. В сознании, несколько возбужден, на вопросы отвечает адекватно, после повторного обращения. Пульс ритмичный, 94 в мин. АД – 190 и 110 мм рт.ст. Температура тела – 37,2°C.

Неврологический статус. Голова немного запрокинута, ноги полусогнуты в коленных и тазобедренных суставах. Выражена ригидность шейных мышц. Положительны симптомы Кернига, Брудзинского (нижний) с обеих сторон. Функции черепных нервов не нарушены. Глаза закрывает – раздражает свет. Тонус мышц в конечностях несколько повышен, разницы между сторонами не выявлено. Объем активных движений в конечностях

полный. Сила рук и ног сохранена. Глубокие рефлексy живые, без асимметрии сторон. Патологических знаков не выявлено. Чувствительность сохранена.

Вопросы.

1. Выделите ведущий неврологический синдром.
2. Укажите предварительный диагноз.
3. Какие заболевания следует дифференцировать у пациента?
4. Какие дополнительные методы обследования следует применить для уточнения диагноза?
5. Обоснуйте периодическую необходимость участия нейрохирурга в обследовании и лечении пациентов с подобной патологией.

Ситуационная задача 6

У ребенка С., 11 лет, наблюдавшегося в первые годы жизни с диагнозом «Перинатальная патология нервной системы», после психической травмы (сильный испуг) появились ночные страхи, непроизвольные подергивания мышц лица по типу мигания, наморщивания лба, пожимания плечами.

Неврологический статус: сглаженность правой носогубной складки, нистагм, легкая интенция в руке справа, анизорефлексия, кистевой рефлекс Россолимо слева. Избыточная эмоциональность, психологическое напряжение. Наличие непроизвольных быстрых движений в мышцах лица и плечевого пояса (пожимание, подергивание плечами, подергивания орофациальных мышц, мигание, нахмуривание лба, подергивания головы).

Вопросы.

1. Назовите неврологические синдромы у больного, обоснуйте их выделение.
2. Какие системы (структуры) поражены у пациента?
3. Назовите методы дополнительного исследования для уточнения диагноза.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Возможное лечение.

Ситуационная задача 7

Больная Ж., 26 лет, отмечает двоение предметов, слабость и тяжесть в ногах. Считает, что заболела две недели тому назад.

Объективно: при беседе и осмотре - недостаточно критична, смешлива.

К врачу обратилась по настоянию родственников. При целенаправленном дополнительном опросе вспоминает о кратком периоде два года тому назад, когда нарушилось зрение: двоилось изображение предметов, «кружилась голова». Примерно через неделю зрение нормализовалось, головокружение прошло; за медицинской помощью в тот период она не обращалась.

Неврологический статус: горизонтальный нистагм при крайних отведениях глазных яблок с обеих сторон; интенция при выполнении пальце-носовой и пяточно-коленной проб; повышение глубоких рефлексов с рук и ног с расширением их зон; рефлекс Россолимо кистевой с обеих сторон; рефлекс Бабинского справа; клонус правой стопы. Тонус мышц в ногах повышен по пирамидному типу, больше справа. Периодически отмечает нарушение мочеиспускания по типу императивных позывов.

Дополнительные данные. При МРТ головного мозга выявлены множественные округлые очаги демиелинизации размером до 1-1,5 см в диаметре. На глазном дне – побледнение дисков зрительных нервов с височных половин.

Вопросы.

1. Укажите неврологические синдромы.
2. О каком заболевании можно думать в данном случае?
3. Какие эпизоды и симптомы подтверждают Ваше предположение?
4. С каким заболеванием следует проводить дифференциальный диагноз?

5. Какие методы лечения возможны в данной ситуации?

Ситуационная задача 8

Больной В., 46 лет, отмечает постепенно нарастающие ощущения ползания мурашек в кистях и стопах, боль в икроножных мышцах. Болен в течение одного месяца. В последние дни присоединилось пошатывание при ходьбе, особенно в темноте, стал ронять предметы из рук.

В течение нескольких лет страдает хроническим алкоголизмом.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, в сознании, адекватен.

Неврологический статус: функция черепных нервов не нарушена. В позе Ромберга устойчив при открытых глазах, при закрытии глаз начинает пошатываться. Ходит, пошатываясь, широко расставляет ноги, при ходьбе смотрит на ноги. Без контроля зрения ходить не может (усиливается атаксия).

Объем активных движений рук и ног не ограничен. Мышечная сила снижена в дистальных отделах рук и ног. Мышечный тонус понижен. Аналгезия на кистях и стопах по типу «перчаток» и «чулок». Нарушена вибрационная чувствительность и расстроено мышечно-суставное чувство в пальцах ног. Отмечается болезненность при пальпации по ходу седалищного нерва. Снижены карпорадиальные рефлексы. Коленные рефлексы снижены, ахилловы - отсутствуют. Стопы и кисти отечны, потные, несколько цианотичные, холодные.

Вопросы.

1. Поставьте топический диагноз.
2. Укажите неврологические синдромы.
3. Укажите метод (методы) дополнительного обследования для уточнения диагноза.
4. Причины развития синдрома?
5. Методы лечения.

Ситуационная задача 9

Больной К., 15 лет, доставлен с городского пляжа в бессознательном состоянии.

Со слов окружающих, нырнул с обрыва в реку головой вниз. После прыжка появился на поверхности реки, но плыть не мог, начал тонуть и был доставлен на берег очевидцами происшедшего. Почти сразу же потерял сознание, движения в руках и ногах отсутствовали.

Объективно: состояние тяжелое, глубокий сопор. Дыхание самостоятельное, но поверхностное, аритмичное. Брадикардия. В шейном отделе позвоночника определяется деформация. Пальпация позвоночника в шейном отделе резко болезненна.

Неврологический статус. Периодически открывает глаза, взор не фиксирует. Речевого контакта нет, инструкции не выполняет. Зрачки умеренно сужены, реакции на свет сохранены.

Тонус мышц конечностей понижен, без разницы сторон. Активных движений конечностей нет, в том числе и на болевые раздражители. Чувствительность проверить не удается.

Сухожильные и периостальные рефлексы с конечностей торпидны (острая фаза!). Брюшные рефлексы отсутствуют. Рефлекс Бабинского с обеих сторон. Задержка мочеиспускания.

Вопросы:

1. Выделите основные симптомы (синдромы).
2. Определите, какие образования поражены. Обоснуйте топический диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно применить для уточнения диагноза?
4. Дифференциальный диагноз синдрома.
5. Неотложная помощь.

Ситуационная задача 10

Больной Ч., 48 лет, жалуется на легкую головную боль, шаткость при ходьбе, нарушение координации движений. Заболел 3 часа тому назад, внезапно, на фоне повышения артериального давления. На протяжении последних 7-8 лет больной страдает гипертонической болезнью.

Объективно: состояние средней тяжести, артериальное давление 180 и 100 мм рт.ст.

Неврологический статус: в ясном сознании, адекватен. Менингеальных знаков не выявляется. Взор фиксирует, объем движений глазных яблок полный. Горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм при крайних отведениях глазных яблок. Объем активных движений конечностей полный. Интенция при выполнении координаторных проб. Глубокие рефлексy средней живости, без разницы сторон. Нарушений чувствительности не выявлено. Функции тазовых органов контролирует.

Вопросы.

1. Назовите синдром, характеризующий в сумме нарушения функций у больного.
2. Укажите, для поражения какой системы или какого образования нервной системы характерна данная симптоматика.
3. Какой метод дополнительного исследования может дать информацию о состоянии больного?
4. Дифференциальный диагноз.
5. Лечение.

Ситуационная задача 11

Больная Н., 59 лет, жалуется на нарушение зрения в виде двоения предметов, опущение правого века.

Неврологический статус: правый глаз закрыт, открыть его не может. При поднятии века – расходящееся косоглазие, мидриаз. Кнаружи движения глазного яблока возможны. Со стороны левого глаза – без нарушения функций.

Вопросы.

1. Какой черепной нерв пострадал?
2. Какие причины могут привести к подобному нарушению?
3. Какой метод дополнительного обследования для уточнения диагноза следует назначить?
4. Приведите примеры дифференциальной диагностики синдрома.
5. Возможные варианты лечения.

Ситуационная задача 12

Больная Д., 17 лет, жалуется на невозможность закрыть правый глаз, слезотечение, перекос лица. Заболела накануне вечером, после переохлаждения (сушила волосы при открытой форточке).

Неврологический статус. При осмотре: правая глазная щель шире, чем левая; опущен правый угол рта. Закрыть глаз не может, при попытке показать зубы правый угол рта остается неподвижным. Слезотечение повышено. Со стороны других черепных нервов изменений не выявлено, чувствительность на лице сохранна. Слух не страдает. При исследовании рефлекторной сферы патологии не обнаружено.

Вопросы.

1. Какой черепной нерв пострадал?

2. Исходя из описанной симптоматики, на каком уровне пострадал нерв? Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие причины могут привести к подобному нарушению?
4. Какие методы дополнительного обследования для уточнения диагноза следует назначить?
5. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 13

Больной Ф., 34 лет, жалуется на нарушение речи: испытывает затруднение в выговаривании слов.

Неврологический статус. Больной понимает обращенную к нему речь, выполняет инструкции, но сам говорит плохо. Речь обеднена, нечеткая, сопровождается перестановкой близких по звучанию фонем. В речи повторяются отдельные слоги, затрудняется в активном формулировании фраз. На заданные вопросы стремится ответить односложно.

Вопросы.

1. Какой вид афазии у больного?
2. Какие речевые центры пострадали у больного?
3. Укажите локализацию этих центров.
4. Какой метод дополнительного исследования здесь уместен?
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача 14

Больная Э., 48 лет, жалуется на периодически возникающие приступы интенсивного страха, головокружения, сильного сердцебиения, озноба во всем теле. При этом возникает ощущение нехватки воздуха, тошнота, ощущение кома за грудиной.

Анамнез заболевания. Считает себя больной в течение 2-х месяцев; первый приступ развился ночью, после предшествовавшего неприятного события (ссора с соседкой). Бригада «скорой медицинской помощи» констатировала повышенное АД и учащенный пульс. Через 15 минут после введения реланиума почувствовала облегчение. Через 2 дня приступ повторился в вечернее время. По совету соседки пробовала принимать пираретам, но стала более раздражительной, стала просыпаться несколько раз за ночь. Больная в климактерическом периоде. Алкоголем не злоупотребляет, не курит.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Беспокойна, астенизирована, эмоционально описывает свои ощущения во время приступа. Пульс ритмичный. 72 в минуту. АД 125 и 75 мм рт.ст.

Неврологический статус. Менингеальные знаки отсутствуют. Со стороны черепных нервов – без патологии. Очаговых симптомов органического поражения не выявлено. Акрогипергидроз, оживление глубоких рефлексов. Вызываются рефлексы орального автоматизма. Координаторных нарушений, парезов нет.

Вопросы.

1. Какой неврологический синдром выявляется у больной?
2. Какие причины могут играть патогенетическую и триггерную роль в развитии приступов?
3. Какое дополнительное обследование следует провести в этом случае и зачем?
4. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение.

Ситуационная задача 15

Больной Ч., 36 лет, около часа назад перенес черепно-мозговую травму. При этом терял сознание на 2-3 секунды, обстоятельства травмы не помнит. Жалуется на сильные головные боли без четкой локализации, сопровождающиеся тошнотой и головокружени-

ем. Боль усиливается при движениях головы.

Объективно: в ясном сознании, несколько возбужден. Соматический статус - без особенностей. Температура тела - 37,0° С. АД - 130 и 80 мм рт.ст.

Неврологический статус. Менингеальных знаков нет. Корнеальные и конъюнктивальные рефлексы вызываются. При крайних отведениях глазных яблок - мелкоаппаратный горизонтальный нистагм. В пробе Барре - легкая слабость правых конечностей. Неловкость в руках и ногах при выполнении координаторных проб (интенция), больше справа. Сухожильные и периостальные рефлексы повышены справа, рефлекс Бабинского справа. Перкуссия черепа болезненна. Гипестезия на правой половине лица, туловища, конечностей.

Вопросы:

1. Какому виду черепно-мозговой травмы соответствует описанная симптоматика?
2. Какой метод обследования показан пациенту?
3. Какие осложнения возможны при такой черепно-мозговой травме?
4. Дифференциальный диагноз вида травмы.
5. Лечение.

Ситуационная задача 16

Больной И., 46 лет, жалуется на головную боль, тошноту, головокружение, двоение при взгляде на окружающие предметы, ухудшение работоспособности. Болен на протяжении 3-х дней. Отмечает повышение температуры в вечернее время до 37,8° С.

Объективно. Общее состояние средней тяжести. Больной заторможен, сидит с закрытыми глазами (поясняет, что раздражает яркий солнечный свет из окна). Артериальное давление – 149 и 80 мм рт.ст., пульс 74 в минуту, ритмичный. Кожные покровы лица слегка гиперемированы.

Неврологический статус. Выражена ригидность мышц затылка, положителен симптом Кернига с обеих сторон. Расходящееся косоглазие по горизонтали – при крайнем отведении не доводит правый глаз кнаружи. Левая глазная щель шире правой, сглажена левая носогубная складка. При оскале зубов – асимметрия лица, не дотягивает левый угол рта. Тонус мышц конечностей обычный, активные движения их в полном объеме. Глубокие рефлексы низковаты, без разницы сторон. Патологических рефлексов нет. Расстройств чувствительности не выявлено.

Вопросы.

1. Укажите основные неврологические синдромы, выделите наиболее важный из них.
2. Какие методы исследования могут помочь уточнить диагноз?
3. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
4. Объясните наличие очаговых неврологических симптомов.
5. Лечение.

Ситуационная задача 17

Больной Д., 35 лет, обратился за помощью в связи с приступами труднопереносимой боли в области левой щеки. Приступы возникают спонтанно, в области верхней челюсти слева, провоцируются жеванием, иррадируют в область уха, неба. Прикосновение к левой щеке в определенной точке может спровоцировать приступ. Длительность приступа – 5-10 секунд.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. В ясном сознании, полностью ориентирован в себе, месте, времени, происходящем.

Неврологический статус: менингеальных знаков нет. Со стороны черепных нервов нарушений не отмечено. Гиперестезия в области 2-й ветви тройничного нерва слева.

Больной указывает зону локализации болевого синдрома, не прикасаясь к коже лица. Нижнечелюстной рефлекс оживлен.

Активные движения конечностей в полном объеме. Координация движений сохранена. Глубокие рефлексы с конечностей живые, симметричные. Патологических знаков не вызывается.

Вопросы.

1. Укажите синдром и его вероятную форму.
2. Как называется точка, раздражение которой может спровоцировать приступ?
3. Какие дополнительные методы исследования следует применить для уточнения диагноза?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Укажите препараты с анальгетическим эффектом, пригодные для назначения в данном случае.

Ситуационная задача 18

Больная У., 49 лет, жалуется на головную боль, слабость и онемение в левых руке и ноге. Заболела 3 часа тому назад, внезапно, на фоне повышения артериального давления. На протяжении последних 7-8 лет больная страдает гипертонической болезнью.

Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное, артериальное давление 190 и 110 мм рт.ст., пульс 84 в минуту, ритмичный.

Неврологический статус. Менингеальных знаков не выявляется. Взор фиксирует, объем движений глазных яблок полный. Зрачки D=S=3 мм. Левая носогубная складка опущена, отстаёт при оскале зубов. В пробе Барре не удерживает левые конечности. Глубокие рефлексы повышены в левых конечностях, рефлекс Бабинского слева. Гемипалезия слева. Функции тазовых органов контролирует.

Вопросы.

1. Какой неврологический синдром имеется у больной?
2. Укажите предварительный клинический диагноз.
3. Назовите методы дополнительного исследования для уточнения диагноза.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Лечение в различные периоды.

Ситуационная задача 19

У больного Д., 29 лет, остро развилась сильная головная боль («как расплавленный металл жжет голову», «огнем горит»), появилась тошнота, повторная рвота. Врачу бригады «скорой медицинской помощи» больной жалуется также на то, что раздражает свет, громкие звуки, тошноту. До приезда бригады отмечалась неоднократная рвота и позывы на рвоту.

Анамнез. Заболел остро, 2 часа тому назад, на фоне эмоционального стресса. Ранее часто болела голова, повышалось артериальное давление. Никаких препаратов в связи с этим не принимал, не обследовался. Злоупотребляет спиртными напитками.

Объективно: состояние тяжелое. В сознании, держится руками за голову. Возбужден, на вопросы отвечает после повторного обращения. Пульс ритмичный, 94 в мин. АД – 190 и 110 мм рт.ст. Температура тела – 37,4°C.

Неврологический статус. Выражена ригидность шейных мышц. Положительны симптомы Кернига, Брудзинского (нижний) с обеих сторон. Функции черепных нервов не нарушены. Глаза закрывает – раздражает свет. Сила рук и ног сохранена. Объем активных движений в конечностях полный. Тонус мышц в конечностях несколько повышен, разницы между сторонами не выявлено. Глубокие рефлексы живые, без асимметрии сторон. Патологических знаков не выявлено. Чувствительность сохранена.

Вопросы.

1. Выделите ведущий неврологический синдром.

2. Укажите предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования следует применить для уточнения диагноза?
4. Какие заболевания следует дифференцировать в данном случае?
5. Лечение.

Ситуационная задача 20

У больной Ю., 43 лет, на работе внезапно возникла слабость и онемение в левых руке и ноге. Страдает мерцательной аритмией.

Врач бригады «скорой медицинской помощи» **осматривает больную на рабочем месте. Объективно:** состояние средней тяжести, сознание ясное, артериальное давление 120 и 80 мм рт.ст., пульс 72 в минуту, аритмичный.

Неврологический статус. Менингеальных знаков не выявляется. Взор фиксирует, объем движений глазных яблок полный. Зрачки D=S=3 мм. Левая носогубная складка опущена, отстаёт при оскале зубов. В пробе Барре не удерживает левые конечности. Глубокие рефлексы повышены в левых конечностях, рефлекс Бабинского слева. Гемипалезия слева. Функции тазовых органов контролирует.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз, обоснуйте его.
2. Какова должна быть дальнейшая организация лечебно-диагностического процесса?
3. Назначьте лечение больной в имеющихся на момент осмотра условиях.
4. Назначьте лечение (варианты) в условиях отделения для больных ОНМК РСЦ.
5. Каковы мероприятия по профилактике заболевания после выписки из стационара?

Пример решения ситуационных задач- (1-2)

4.3. Тестовые задания.

Задание 1.

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

СПИННОЙ МОЗГ У 5-ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА ОКОНЧИВАЕТСЯ НА УРОВНЕ

- 1-2 поясничных позвонков
- 4-5 поясничных позвонков
- 1-2-крестцовых позвонков
- 3-4-крестцовых позвонков
- 11-12 грудных позвонков

Задание 2.

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

СУБАРАХНОИДАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО ИМЕЕТ РАСШИРЕНИЯ, КОТОРЫЕ НАЗЫВАЮТСЯ

- цистернами
- лакунами
- бороздами
- криптами
- кистами

Задание 3.

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ЦЕНТР ОБЩЕЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РАСПОЛАГАЕТСЯ В

- теменной доле
- лобной доле
- височной доле
- затылочной доле
- ножках мозга

Задание 4.

УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЯ

ПОРАЖЕНИЕ ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ СИСТЕМЫ И МОЗЖЕЧКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ СИМПТОМАМИ

Экстрапирамидная система	Хорея, атетоз, баллизм
	Спастическая кривошея
Мозжечок	Атаксия, нистагм
	Интенционный тремор, адиадохокинез

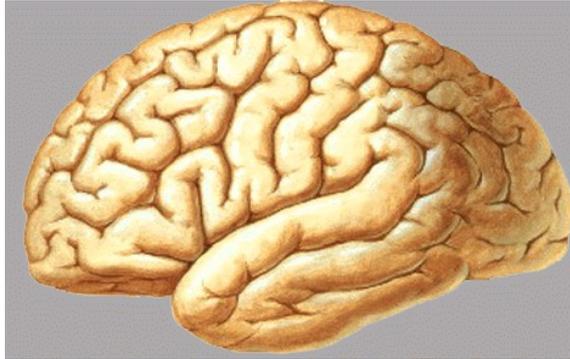
Задание 5.

УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

ПОРАЖЕНИЕ ЛОБНОЙ И ТЕМЕННОЙ ДОЛЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ СИМПТОМАМИ

Лобная доля	Моторная афазия, нарушение психики, парезы конечностей
Теменная доля	Нарушение чувствительности и центра схемы тела, астереогнозия

Задание 6.
ВЫБЕРИТЕ НА ИЛЛЮСТРАЦИИ ТРЕБУЕМЫЙ ОБЪЕКТ
ОБОЗНАЧЬТЕ ЗРИТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР ГОЛОВНОГО МОЗГА



Задание 7.
УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ
БУЛЬБАРНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ СИМПТОМАМИ
-дисфагией, дисфонией, поперхиванием
-нистагмом, атаксией
-насильственным плачем или смехом
-нарушением понимания речи
-аграфией, акалькулией

Задание 8.
УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ПРИ КОТОРОМ У БОЛЬНОГО ПОЯВЛЯЕТСЯ
ЛОЖНОЕ ОЩУЩЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ КОНЕЧНОСТИ («ДВЕ ЛЕВЫЕ РУКИ»)
РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ
-правой теменной доли
-левой лобной доли
-левой височной доли
-правой лобной доли
-левой затылочной доли

Задание 9.
УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ
КОРКОВЫЙ ЦЕНТР СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА РАСПОЛАГАЕТСЯ В
-височной доле
-затылочной доле
-лобной доле
-теменной доле
-продолговатом мозге

Задание 10.
ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ ИЗ СПИСКА
НАРУШЕНИЕ КООРДИНАЦИИ ДВИЖЕНИЙ НАЗЫВАЕТСЯ-----
-атаксия
-апраксия
-афазия
-аграфия
-астереогнозия

Задание 11.
УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

РАЗВИТИЕ У МАЛЬЧИКА 5 ЛЕТ АТРОФИЙ МЫШЦ СПИНЫ, «КРЫЛОВИДНЫХ» ЛОПАТОК, «УТИНОЙ» ПОХОДКИ С НАРАСТАНИЕМ МЫШЕЧНОЙ СЛАБОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

- прогрессирующей мышечной дистрофии
- паркинсонизма
- мигрени
- плечевой плексопатии
- ишемического инсульта

Задание 11.

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ
АТРОФИИ МЫШЦ, ФАСЦИКУЛЯЦИИ,
СНИЖЕНИЕ РЕФЛЕКСОВ И МЫШЕЧНОГО ТОНУСА ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ
КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ

- периферического пареза
- центрального пареза
- паркинсонизма
- поражения мозжечка
- бульбарного синдрома

Задание 12.

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ
МНОЖЕСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ (ПОЛИНЕВРОПАТИЯ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ТИПОМ НАРУШЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

- дистальным (по типу «перчаток» и «носков»)
- корешковым
- капсулярным
- проводниковым
- корковым (гемигипестезия, моногипестезия руки или ноги)

Задание 13.

УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЕ
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ СЕРОЗНОГО И ГНОЙНОГО МЕНИНГИТОВ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ

Серозный менингит	Лимфоцитарный плеоцитоз
Гнойный менингит	Нейтрофильный плеоцитоз

Задание 14.

УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЕ
КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ АТАКСИИ ФРИДРЕЙХА И СПАСТИЧЕСКОЙ ПАРАПЛЕГИИ ШТРЮМПЕЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

Атаксия Фридрейха	Нарушение координации движений, гипотония мышц
Спастическая параплегия Штрюмпеля	Нижний спастический паразрез (тетрапарез)

Задание 15.
УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ
НЕПРОИЗВОЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ (ГИПЕРКИНЕЗ) В ВИДЕ ПОВОРОТА И НАКЛОНА
ГОЛОВЫ НАЗЫВАЕТСЯ

- спастическая кривошея
- хорея
- баллизм
- миоклония
- моторные тики

Задание 16.
ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ ИЗ СПИСКА
ЧЕРЕПНОЙ НЕРВ, ИННЕРВИРУЮЩИЙ ЖЕВАТЕЛЬНУЮ МУСКУЛАТУРУ, НАЗЫ-
ВАЕТСЯ _____

- тройничный
- лицевой
- подъязычный
- блуждающий
- блоковый

Задание 17.
УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ПАРЕЗ ЛИЦЕВОГО И ПОДЪЯЗЫЧНОГО НЕРВОВ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
СЛЕДУЮЩИМИ СИМПТОМАМИ

Центральный парез лицевого нерва	Сглаженность носогубной складки, опущение угла рта
Центральный парез подъязычного нерва	Отклонение языка в противоположную очагу сторону

Задание 18.
УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЯ
КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЦЕНТРАЛЬНОГО И ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ПАРЕ-
ЗОВ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

Центральный парез	Повышение мышечного тонуса, симптом «перочинного ножа»
	Повышение глубоких рефлексов, патологические рефлексы
Периферический парез	Мышечная гипотония, атрофии
	Снижение глубоких рефлексов, фасцикуляции, реакция перерождения

Задание 19.
СОЗДАТЬ СПИСОК И УПОРЯДОЧИТЬ
ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ СЛЕДУЮЩАЯ

- укладка больного
- обработка поля
- анестезия
- введение пункционной иглы
- забор цереброспинальной жидкости

Задание 20.
УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ
НАСЛЕДСТВЕННО-ДЕГЕНЕРАТИВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ С НАРУШЕНИЕМ ОБМЕНА
МЕДИ, ДЕФИЦИТОМ ЦЕРУЛЛОПЛАЗМИНА НАЗЫВАЕТСЯ

- хорея Гентингтона
- болезнь Паркинсона
- атаксия Фридрейха
- гепатоцеребральная дистрофия (болезнь Вильсона-Коновалова)
- мозжечковая атаксия Пьера-Мари

Задание 21.
УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ
ЛЕЧЕНИЕ ОБОСТРЕНИЙ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ПРОВОДЯТ С ПРИМЕНЕНИЕМ

- пульс-терапии метилпреднизолоном, плазмафереза
- антикоагулянтов (гепарина, фраксипарина)
- медикаментозного тромболитика
- противосудорожных средств (карбамазепина)
- оперативного лечения

Задание 22.
УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ
БОКОВОЙ АМИОТРОФИЧЕСКИЙ СКЛЕРОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ
КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ

- сочетанием центральных и периферических парезов
- ригидностью затылочных мышц
- наличием крови в ликворе
- деформацией голеней по типу «ног аиста»
- нарушением чувствительности по типу «перчаток» и «носков»

Задание 23.
УКАЖИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ
ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ ТЕСТАМИ ДЛЯ МИАСТЕНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- электронейромиография
- КТ средостения для выявления тимомы
- прозеринный тест
- МРТ головного мозга
- люмбальная пункция
- офтальмоскопия
- электроэнцефалография
- УЗДГ сосудов шеи, микроэмболодетекция

Задание 24.
УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ
ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МИАСТЕНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- антихолинэстеразные средства (калимин, нейромидин)

- миорелаксанты (мидокалм)
- антикоагулянты (прадакса, варфарин)
- антидепрессанты (пароксетин, amitриптилин)
- нестероидные противовоспалительные средства (кетопрофен)

Задание 25.

СОЗДАТЬ СПИСОК И УПОРЯДОЧИТЬ
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ (ВЕРХНИЙ) И ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ (НИЖНИЙ) НЕЙРОНЫ КОРКОВО-МЫШЕЧНОГО ПУТИ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ

- прецентральная извилина лобной доли
- передние рога спинного мозга

Задание 26.

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ
ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ ПАРЕЗ ЛИЦЕВОГО НЕРВА НА СТОРОНЕ ОЧАГА И ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ГЕМИПАРЕЗ НА ПРОТИВОПОЛОЖНОЙ СТОРОНЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ АЛЬТЕРНИРУЮЩЕГО СИНДРОМА

- Мийяр-Гублер
- Вебера
- Джексона
- Фовиля
- Валленберга-Захарченко

Задание 27.

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ
АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- подозрение на объемный внутричерепной процесс
- нарушение сознания
- головная боль
- ригидность затылочных мышц
- светобоязнь, общая гиперестезия

Задание 28.

ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ ИЗ СПИСКА
ЗОНА ФУНКЦИОНАЛЬНО НЕАКТИВНЫХ, НО ЖИВЫХ НЕРВОНОВ ВОКРУГ ОЧАГА НЕКРОЗА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ НАЗЫВАЕТСЯ _____

- ишемическая тень (пенумбра)
- киста
- гидроцефалия
- бляшка
- расслоение (диссекция)

Задание 29.

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ
МИНИМАЛЬНАЯ МОЗГОВАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ

- проприоцептивной и мозжечковой атаксией, гипотонией
- скованностью движений, мышечной ригидностью
- расстройством поведения и обучения при отсутствии интеллектуальных нарушений
- моторной афазией, парезом зрения
- нижним спастическим парапарезом, недержанием мочи

Задание 30.

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ
КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА ЯВЛЯЕТСЯ

- спастическая диплегия
- миастения

- прогрессирующая мышечная дистрофия
- атаксия Фридрейха
- атаксия Пьера-Мари

Задание 31.

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

НАРУШЕНИЕ ВЫПОЛНЕНИЯ СЛОЖНЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ АКТОВ ВСЛЕДСТВИЕ НЕВОЗМОЖНОСТИ КОНСТРУИРОВАТЬ, СКЛАДЫВАТЬ СЛОЖНЫЕ ФИГУРЫ ИЗ ПРОСТЫХ ЭЛЕМЕНТОВ НАЗЫВАЕТСЯ

- конструктивная апраксия
- идеаторная апраксия
- моторная апраксия
- астереогнозия
- сенсорная афазия

Задание 32.

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

НАРУШЕНИЕ СПОСОБНОСТИ ВЫПОЛНЯТЬ ДВИЖЕНИЯ ПО ПРИКАЗУ ИЛИ ПО ПОДРАЖАНИЮ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПАРАЛИЧЕЙ И РЕЧЕВЫХ РАССТРОЙСТВ НАЗЫВАЕТСЯ

- моторная апраксия
- анозогнозия
- апраксия замысла (идеаторная апраксия)
- конструктивная апраксия
- зрительная агнозия

Задание 33.

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ПАРЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

- повышение глубоких рефлексов, патологические рефлекссы
- нарушение координации (атаксия)
- снижение мышечного тонуса
- снижение глубоких рефлексов
- зрительные расстройства

Задание 34.

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

МЕНИНГЕАЛЬНЫЙ (ОБОЛОЧЕЧНЫЙ) СИНДРОМ ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК

- ригидность затылочных мышц, светобоязнь
- слабость в руке и ноге
- тремор пальцев по типу «счета монет»
- неустойчивость при ходьбе
- нарушение речи

Задание 35.

УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

ИШЕМИЧЕСКИЕ ИНСУЛЬТЫ И ТРАНЗИТОРНЫЕ ИШЕМИЧЕСКИЕ АТАКИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ СИМПТОМАМИ

Ишемические инсульты	Очаговая симптоматика удерживается более суток, выявляются изменения вещества мозга по данным томографии
Транзиторные ишемические атаки	Нестойкие очаговые симптомы (регрессируют до 24 часов), отсутствуют изменения вещества мозга при нейровизуализации

Задание 36.

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ
ОГРАНИЧЕНИЕ ОБЪЕМА ДВИЖЕНИЙ, АТРОФИИ МЫШЦ, СНИЖЕНИЕ ГЛУБОКИХ РЕФЛЕКСОВ И МЫШЕЧНОГО ТОНУСА ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПОРАЖЕНИЯ

- периферического нерва
- лобной доли
- зрительного бугра
- =мозжечка
- боковых канатиков

Задание 37.

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ
ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНОГО НЕРВА СОПРОВОЖДАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ СИМПТОМАМИ

- птоз, мидриаз, расходящееся косоглазие, диплопия
- сходящееся косоглазие, диплопия
- миоз, птоз, западение глазного яблока
- лагофталм, симптом Белла, слезотечение
- выпадение носовых половин полей зрения

Задание 38.

УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ
СИМПТОМАМИ ПОРАЖЕНИЯ ТРОЙНИЧНОГО И ЛИЦЕВОГО НЕРВОВ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

Тройничный нерв	Боли в лице, снижение нижнечелюстного рефлекса
Лицевой нерв	Лагофталм, симптом Белла, опущение угла рта

Задание 39.

ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ ИЗ СПИСКА
ЧЕРЕПНОЙ НЕРВ, ИННЕРВИРУЮЩИЙ МИМИЧЕСКУЮ МУСКУЛАТУРУ, НАЗЫВА-
ЕТСЯ _____

- лицевой
- тройничный
- блуждающий
- добавочный
- отводящий

Задание 40.

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ
ТРАНЗИТОРНЫЕ ИШЕМИЧЕСКИЕ АТАКИ В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ
ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ СИМПТОМАМИ

- головокружением, атаксией
- моторной афазией
- парциальными моторными эпилептическими приступами
- анозогнозией, нарушением ориентировки в своем теле
- парциальными сенсорными эпилептическими приступами

Задание 41.

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ
ПОРАЖЕНИЕ ПИРАМИДНОГО ПУТИ ВО ВНУТРЕННЕЙ КАПСУЛЕ ХАРАКТЕРИЗУ-
ЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

- центральным гемипарезом или гемиплегией
- периферическим парезом руки или ноги
- моторной афазией
- слуховой агнозией
- сенсорной афазией

Задание 42.

УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЕ
КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПОРАЖЕНИЯ ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНОГО И ОТВО-
ДЯЩЕГО НЕРВОВ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

Глазодвигательный нерв	Сходящееся косоглазие, диплопия при взгляде кнаружи
Отводящий нерв	Расходящееся косоглазие, лптоз, диплопия

Задание 43.

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ГИПЕРКИНЕЗ В ВИДЕ НАСИЛЬСТВЕННЫХ ХАОТИЧНЫХ ДВИЖЕНИЙ В РАЗНЫХ МЫШЕЧНЫХ ГРУППАХ, ГРИМАСНИЧАНИЕ, ПРИЧМОКИВАНИЕ. ВОКАЛИЗАЦИИ НАЗЫВАЕТСЯ

- хорея
- атетоз
- баллизм
- торсионная дистония
- миоклония

Задание 44.

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ГИПЕРКИНЕЗ В ВИДЕ МЕДЛЕННЫХ ВЫЧУРНЫХ ДВИЖЕНИЙ В ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛАХ КОНЕЧНОСТЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- атетоз
- блефароспазм
- хорея
- спастическая кривошея
- баллизм

Задание 45.

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

КЛИНИКА ПСЕВДОБУЛЬБАРНОГО СИНДРОМА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- корково-ядерных путей с двух сторон
- кортикоспинального пути
- спинно-таламического пути
- спинно-мозжечковых путей
- зубчато-красноядерного пути

Задание 46.

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

КЛИНИКА БУЛЬБАРНОГО СИНДРОМА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- языкоглоточного, блуждающего, подъязычного нервов
- глазодвигательного, блокового, отводящего нервов
- слухового, зрительного, обонятельного нервов
- лицевого, тройничного, слухового нервов
- добавочного, подъязычного нервов

Задание 47.

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ГИПЕРКИНЕЗ В ВИДЕ БРОСКОВЫХ, РАЗМАШИСТЫХ ДВИЖЕНИЙ С БОЛЬШОЙ АМПЛИТУДОЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- баллизм
- атетоз
- миоклония
- хорея
- оромандибулярный спазм

Задание 48.

ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ ИЗ СПИСКА
ВЫПАДЕНИЕ ПОЛОВИНЫ ПОЛЯ ЗРЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ _____

- гемианопсия
- скотома
- фотома

- агнозия
- афазия

Задание 49.

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ
ПОРАЖЕНИЕ НАРУЖНЫХ ОТДЕЛОВ ХИАЗМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ НАРУШЕНИЕМ ПОЛЕЙ ЗРЕНИЯ

- гомонимной гемианопсией
- биназальной гемианопсией
- битемпоральной гемианопсией
- искажением контуров предметов
- нарушением цветоощущения

Задание 50.

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА ПРОВОДЯТ С ПРИМЕНЕНИЕМ СЛЕДУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

- леводопы (мадопар.. тидомент)
- антикоагулянтов (гепарин, прадакса)
- антиагрегантов (клоидогрель, кардиомагнил)
- статинов (симвастатин, аторвастатин)
- противоотечной терапии (маннитол)

5. Список рекомендуемой литературы.

Основная литература

1. Гусева Е.И., Неврология [Электронный ресурс] / Гусева Е.И., Коновалова А.Н., Скворцовой В.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 880 с. (Серия "Национальные руководства") - IS BN 978-5-9704-4143-5 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441435.html>
2. Гельфанд Б. Р., Интенсивная терапия [Электронный ресурс] / под ред. Б. Р. Гельфанда, И. Б. Заболотских - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 928 с. - ISBN 978-5-9704-4161-9 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441619.html>

Дополнительная литература

1. Трофимова Т.Н., Лучевая диагностика и терапия заболеваний головы и шеи [Электронный ресурс] / Трофимова Т.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 888 с. (Серия "Национальные руководства по лучевой диагностике и терапии") - ISBN 978-5-9704-2569-5 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970425695.html>
2. Гусев Е.И., Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 424 с. - ISBN 978-5-9704-3332-4 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433324.html>
3. Табеева Г.Р., Головная боль [Электронный ресурс]: руководство для врачей / Табеева Г.Р. - М. : - 2-е изд., пере- раб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 296 с. - ISBN 978-5-9704-4484-9 - Режим до- ступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444849.html>
4. Никифоров А.С., Частная неврология [Электронный ресурс] / А. С. Никифоров, Е. И. Гусев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-2660-9 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970426609.html>
5. Новикова Л.Б., Церебральный инсульт: нейровизуализация в диагностике и оценке эффектив- ности различных методов лечения. Атлас исследований [Электронный ресурс] / Новикова Л.Б., Сайфуллина Э.И., Скоромец А.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 152 с. - ISBN 978-5-9704-2187-1 - Ре- жим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970421871.html>
6. Крылов В.В., Нейрореаниматология : практическое руководство [Электронный ресурс] / Крылов В.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 176 с. (Серия "Библиотека врача-специа листа") - ISBN 978-5-9704-4369-9 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443699.html>
7. Завалишин И.А., Хронические нейроинфекции [Электронный ресурс] / под ред. И. А. Завалиши- на, Н. Н. Спирина, А. Н. Бойко, С. С. Никитина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 592 с. (Серия "Библио- тека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-4056-8 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440568.html>
8. Кадыков А.С., Хронические сосудистые заболевания головного мозга: дисциркуляторная энце- фалопатия [Электронный ресурс] / А. С. Кадыков, Л. С. Манвелов, Н. В. Шапаронова - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2014. - 272 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2852-8 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428528.html>

Периодические издания (журналы)

1. Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова.
2. Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье".

Электронное информационное обеспечение и профессиональные базы данных

1. Научная электронная библиотека «eLIBRARY.RU» <https://elibrary.ru/>
2. Национальная электронная библиотека (НЭБ) <http://нэб.пф/>
3. База данных международного индекса научного цитирования WEB OF SCIENCE <http://www.webofscience.com/>
4. Полнотекстовой базе данных «Medline Complete» <http://search.ebscohost.com/>
5. Федеральная электронная медицинская библиотека. <http://193.232.7.109/feml>

6. Научная электронная библиотека «КиберЛенинка» <https://cyberleninka.ru/>
7. Министерство здравоохранения Российской Федерации <https://www.rosminzdrav.ru/>
8. Всемирная организация здравоохранения <http://www.who.int/ru/>
9. База данных международного индекса научного цитирования «Scopus» <https://www.scopus.com/home.uri>

Клинические рекомендации, порядок и стандарты

1. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы (утв. Приказом МЗ РФ от 15.11.2012 г. № 926н). <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9102-poryadok-okazaniya-meditsinskoy-pomoschi-vzrosloму-naseleniyu-pri-zabolevaniyah-nervnoy-sistemy-utv-prikazom-ministerstva-zdravooxraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-15-noyabrya-2012-g-926n>
2. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с рассеянным склерозом [утверждены на XVIII Конгрессе педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» 14 февраля 2015 г.] http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001425199S/HTML/
3. Клинические рекомендации (протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при острых нарушениях мозгового кровообращения. Утв. на заседании Правления общероссийской общественной организации "Российское общество скорой медицинской помощи", 23 января 2014 г. в г. Казани (Национальные клинические рекомендации) . http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001385198S/HTML/
4. Клинические рекомендации по проведению тромболитической терапии при ишемическом инсульте. Утв. 17.02.2015. Всероссийское общество неврологов. http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001410674S/HTML/
5. Внутрисосудистое лечение ишемического инсульта в острейшем периоде. Национальные клинические рекомендации Ассоциация нейрохирургов России Санкт-Петербург, 2015. http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001410670S/HTML/
6. Диагностика и реабилитация нарушений функции ходьбы и равновесия при синдроме центрального гемипареза в восстановительном периоде инсульта. Национальная ассоциация по борьбе с инсультом [и др.] М., 2015 (Национальные клинические рекомендации). http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001418787S/HTML/
7. Клинические рекомендации. Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых. Приняты: Национальная ассоциация по борьбе с инсультом, Всероссийское общество неврологов Ассоциация нейрохирургов России, МОО Объединение нейроанестезиологов и нейрореаниматологов, Союз реабилитологов России 2015 <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/146>
8. Клинические рекомендации. Геморрагический инсульт у взрослых. Ассоциация нейрохирургов России. 2016. Утв. на заседании Секции СтАР «Ассоциация челюстно - лицевых хирургов и хирургов-стоматологов» 21 апреля 2014 г. <https://www.rosminzdrav.ru/>
9. Стандарт специализированной медицинской помощи при субарахноидальном кровоизлиянии (консервативное лечение). Утвержден приказом МЗ РФ № 1749-н от 29 декабря 2012 г. (зарегистрирован в Минюсте РФ 29 марта 2013 г. № 27920). <https://www.rosminzdrav.ru/>
10. Клинические рекомендации (протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при острой головной боли (Национальные клинические рекомендации). утверждены на заседании Правления общероссийской общественной организации "Российское общество скорой медицинской помощи", 23 января 2014 г. в г. Казани. http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001385188S/HTML/
11. Клинические рекомендации по диагностике и лечению головной боли напряжения (ГБН)/Всероссийское общество неврологов/ Утв. 30.06.2015. http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001426052S/HTML/
12. Острая неспецифическая боль в спине. Приняты на Всероссийской научно-практической конференции "Неинфекционные заболевания и здоровье населения России" 28 мая 2015 года, г. Москва . http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001418822S/HTML/
13. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с рассеянным склерозом. Утв. на XVIII Конгрессе педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» 14 февраля 2015г.] http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001425199S/HTML/

14. Клинический протокол медицинской помощи пациентам с нейропатией лицевого нерва. утвержден на заседании Секции СтАР «Ассоциация челюстно - лицевых хирургов и хирургов-стоматологов» 21 апреля 2014 г. http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001385218S/HTML/
15. "Стандарт медицинской помощи больным с эпилептическим статусом неуточненным. Утв. приказом Минздравсоцразвития РФ от 6 сентября 2006 г. № 653. <https://www.rosminzdrav.ru/>
16. Приказ МЗ и СР РФ от 4 сентября 2006 г. N 631 «Стандарт медицинской помощи больным с обмороком [синкопе]. <https://www.rosminzdrav.ru/>
17. Приказ МЗ и СР РФ от 5 сентября 2006 г. № 643 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с инсультом, не уточненным как кровоизлияние или инфаркт". <https://www.rosminzdrav.ru/>
18. Приказ МЗ и СР РФ от 7 сентября 2006 г. N 650 «Стандарт медицинской помощи больным с комой неуточненной». <https://www.rosminzdrav.ru/>
19. Приказ МЗ и СР РФ от 24 апреля 2006 г. N 309 «Стандарт медицинской помощи больным с миастеническим кризом». <https://www.rosminzdrav.ru/>

6. Порядок проведения апелляций по результатам государственной итоговой аттестации

По результатам ГИА ординатор имеет право на апелляцию.

Ординатор подает в апелляционную комиссию письменное апелляционное заявление о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена (далее – апелляция).

Апелляция подается лично ординатором в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов ГИА.

Для рассмотрения апелляции секретарь ГЭК направляет в апелляционную комиссию протокол заседания ГЭК, заключение председателя ГЭК о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель ГЭК и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося не подтвердились и/или не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;
- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае, удовлетворения апелляции, результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные КГМУ.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;

- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в КГМУ обучающегося, подавшего апелляцию, в соответствии со стандартом.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.