

Министерство образования и науки Российской Федерации
Общество с ограниченной ответственностью "Гарант Сервис Университет"



Черанёва УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
Е.А. Черанёва
Приказ № 3 от « 09 » января 2019 г.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ
ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
«НЕВРОЛОГИЯ»**

Вид программы: повышение квалификации

Форма обучения: очная, заочная с применением дистанционных образовательных технологий

Объем в часах: всего 144 академических часа

Нижневартовск – 2019

Учебная программа: повышение квалификации
«Неврология» ООО «Гарант Сервис Университет»
Нижевартовск, 2019 г., 96 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Пояснительная записка	4
2. Требования к уровню освоения содержания дисциплины	7
3. Учебно-тематический план	19
4. Содержание дисциплины	20
5. Календарный учебный график	25
6. Вопросы для контроля и самоконтроля	26
7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины	88
8. Организационно-педагогические условия реализации программы	93
9. Материально-техническое и дидактическое обеспечение дисциплины	94

1. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Качество профессиональной подготовки специалистов здравоохранения оказывает значительное влияние на состояние медицинской помощи населению, что является одним из важных показателей социального обеспечения общества.

Дополнительная профессиональная образовательная программа повышения квалификации врачей «Неврология» является учебно-методическим нормативным документом, регламентирующим содержание, организационно-методические формы и трудоемкость обучения.

Актуальность программы «Неврология».

Актуальность программы дополнительного профессионального образования по специальности «Неврология» (повышение квалификации) обусловлена тем, что неврология как специальность остается наиболее массовой и востребованной в практическом здравоохранении. В связи с этим потребность в подготовке специалиста-невролога на современном уровне, в том числе работающего и в амбулаторно-поликлинических учреждениях и стационаре, является актуальной.

Последипломная подготовка врачей неврологов имеет большую актуальность и значимость в современных демографических условиях в связи с повышением уровня неврологической заболеваемости в структуре общей заболеваемости, инвалидизации и смертности детского и взрослого населения. Профилактические осмотры специалистами и методы современной лабораторно-инструментальной диагностики, способствуют выявлению групп риска развития неврологической патологии, нуждающихся в диспансеризации и дополнительном углубленном обследовании. Раннее выявление и коррекция заболеваний нервной системы будет способствовать их благоприятному течению и более позднему наступлению специфических осложнений.

Цель: освоить и совершенствовать современный диагностический подход в распознавании сосудистых, инфекционных, наследственных, нейродегенеративных, демиелинизирующих, травматических заболеваний центральной и периферической нервной системы, опухолей головного и спинного мозга. Уметь на основании современных представлений об этиопатогенезе и клинических особенностях заболеваний составлять и реализовывать план лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий.

Задачи:

1. Углубить на основе современных представлений базовые медицинские знания о этиопатогенезе, клинических особенностях, лечении, профилактики и реабилитации больных с заболеваниями нервной системы и объемными процессами.

2. Освоить новейшие технологии и методики в клинической, лабораторной и инструментальной диагностике заболеваниями нервной системы

3. Совершенствовать умения и навыки в области заболеваниями нервной системы

В программу включены планируемые результаты обучения.

Планируемые результаты обучения направлены на совершенствование профессиональных компетенций врача – невролога, его профессиональных знаний, умений, навыков.

В планируемых результатах отражается преемственность с профессиональными стандартами, квалификационными характеристиками по соответствующим должностям, профессиям и специальностям (или, квалификационным требованиям к профессиональным

знаниям и навыкам, необходимым для исполнения должностных обязанностей, которые устанавливаются в соответствии с федеральными законами и иными правовыми актами Российской Федерации о государственной службе).

Программа разработана на основании:

- Федерального закона от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

- Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 года N 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»;

- Приказа Минобрнауки России от 01.07.2013 N 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»;

- Приказа Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 N 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения";

- Приказа Минздрава России от 03.08.2012 N 66н "Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях".

Структура дополнительной профессиональной образовательной программы «Неврология» состоит из требований к результатам освоения программы, требований к итоговой аттестации, учебно-тематического плана, календарного учебного графика, содержания программы, условий обеспечения реализации программы: учебно-методического, организационно-педагогических условий реализации программы, материально-технического и дидактического обеспечения дисциплины.

В структуру дополнительной профессиональной образовательной программы повышения квалификации врачей по специальности «Неврология» включен перечень основной и дополнительной литературы, законодательных и нормативно-правовых документов.

В содержании дополнительной профессиональной образовательной программы повышения квалификации врачей «Неврология» предусмотрены необходимые знания и практические умения по оказанию медицинской помощи населению, страдающему патологиями нервной системы.

Содержание рабочих программ дисциплин (модулей) представлено как систематизированный перечень наименований тем, элементов и других структурных единиц модулям программы.

Учебный план определяет состав изучаемых дисциплин с указанием их объема, устанавливает формы организации учебного процесса и их соотношение (лекции, практические занятия, семинары).

В процессе повышения квалификации врачей обязательным является определение базисных занятий, умений и навыков на протяжении всего периода обучения

Текущий контроль знаний осуществляется в процессе изучения учебной темы. По окончании изучения каждого модуля проводится промежуточный контроль. При этом используются различные формы контроля: (решение ситуационных задач, тестовый контроль, опросы, семинары, практикумы и др.).

2. ТРЕБОВАНИЯ К УРОВНЮ ОСВОЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Планируемые результаты обучения

врачей, успешно освоивших дополнительную профессиональную образовательную программу повышения квалификации врачей-неврологов со сроком освоения 144 академических часов по специальности «Неврология»

Квалификационная характеристика по должности «Врач невролог»

Должностные обязанности.

Выполняет перечень работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи.

Выполняет перечень работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи.

Осуществляет экспертизу временной нетрудоспособности.

Ведет медицинскую документацию в установленном порядке.

Планирует и анализирует результаты своей работы.

Соблюдает принципы врачебной этики.

Руководит работой среднего и младшего медицинского персонала.

Проводит санитарно-просветительную работу среди больных и их родственников по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни.

Должен знать:

Конституцию Российской Федерации;

законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

теоретические основы по избранной специальности; современные методы лечения, диагностики и лекарственного обеспечения больных;

основы медико-социальной экспертизы; правила действий при обнаружении больного с признаками особо опасных инфекций, ВИЧ-инфекции;

порядок взаимодействия с другими врачами-специалистами, службами, организациями, в том числе с страховыми компаниями, ассоциациями врачей и т.п.;

основы функционирования бюджетно-страховой медицины и добровольного медицинского страхования, обеспечения санитарно-профилактической и лекарственной помощи населению;

медицинскую этику;

психологию профессионального общения;

основы трудового законодательства; правила внутреннего трудового распорядка;

правила по охране труда и пожарной безопасности.

Требования к квалификации.

Высшее профессиональное образование по одной из специальностей "Лечебное дело" или "Педиатрия", подготовка в интернатуре (ординатуре) по специальности "Неврология", повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности.

*Характеристика профессиональных компетенций врача, подлежащих
совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной
образовательной программы повышения квалификации врачей-неврологов по специальности
«Неврология».*

У обучающегося совершенствуются следующие общепрофессиональные компетенции (далее - О ПК):

в организационно-управленческой деятельности:

- способность и готовность использовать законодательство РФ в сфере здравоохранения, технические регламенты, международные и национальные стандарты, рекомендации, международную систему единиц (далее - СИ), действующие международные классификации; анализировать показатели работы структурных подразделений медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи больным людям, проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам, а также документацию для оценки качества, эффективности работы медицинских организаций (ОПК-1);

в психолого-педагогической деятельности:

- способностью и готовность формировать у пациентов и членов их семей мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ОПК-2).

У обучающегося совершенствуются следующие профессиональные компетенции (далее - ПК):

в диагностической деятельности:

способность и готовность к постановке диагноза на основании диагностического исследования больных неврологического профиля в соответствии с Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ) (ПК-1);

способность и готовность анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем у пациентов разных возрастных групп, использовать знания анатомо-физиологических основ отдельных органов и систем у пациентов разных возрастных групп; основные методики клинко-диагностического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики неврологических заболеваний и патологических процессов в области центральной и периферической нервной системы (ПК-2);

- способность и готовность выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы неврологических заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных неврологических заболеваниях, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ и проблем, связанных со здоровьем; выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в области неврологии (ПК-3);

в лечебной деятельности:

- способность и готовность выполнять основные лечебные мероприятия при различных нозологических формах заболеваний, учитывать особенность течения

неврологических заболеваний на фоне возрастных особенностей и сопутствующих патологических состояний; осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии с учётом соматической патологии и полиморбидности (ПК-4);

в реабилитационной деятельности:

- способность и готовность применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические) при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма (ПК-5);

- способность и готовность давать рекомендации по выбору оптимального режима в период реабилитации пациентов неврологического профиля (двигательной активности в зависимости от морфофункционального статуса), определять показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии (ПК-6);

в профилактической деятельности:

- способностью применять современные методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья (взрослого населения и подростков на уровне различных подразделений медицинских организаций) в целях разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья населения (ПК-7);

способность и готовность применять к пациентам современные гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья на уровне различных подразделений медицинских организаций в целях разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья, улучшению качества жизни; оценке биологического возраста, осуществлять профилактические мероприятия по предупреждению преждевременного старения (ПК-8);

- способность и готовность применять к больным методы оценки природных и медико-социальных факторов в развитии болезней, проводить их коррекцию, инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней, проводить санитарно-просветительскую работу по гигиеническим вопросам (ПК-9).

*Характеристика новых ПК, формирующихся в результате освоения
дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по
специальности «Неврология»*

У обучающегося должны быть сформированы следующие профессиональные компетенции (ПК): -

способность и готовность проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам с различными неврологическими заболеваниями (ПК-10);

- способность и готовность выполнять основные диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия в соответствии с приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 926н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы» (зарегистрирован в Минюсте России 23.01.2013 № 26692) (ПК-11).

Перечень знаний, умений и навыков врача невролога

Врач-невролог **должен знать:**

1. ОБЩИЕ ЗНАНИЯ

- Законодательные основы охраны здоровья: Конституцию РФ по вопросам организации неврологической помощи, законы и нормативно-правовые акты в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

- Нормативные правовые документы, регламентирующие деятельность учреждений здравоохранения;

- Основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

- Основы медицинской статистики, учета и анализа основных показателей здоровья населения;

- Основы медицинского страхования и деятельность медицинских учреждений в условиях страховой медицины;

- Основы анатомии и физиологии центральной, периферической и вегетативной нервной системы человека;

- Основы общей патологии человека, основы иммунологии и реактивности организма;

- Основы и клиническое значение лабораторных исследований в диагностике заболеваний

- Вопросы экспертизы трудоспособности и основы законодательства по вопросам врачебно-трудовой экспертизы и социально-трудовой реабилитации

- Основы первичной профилактики заболеваний и санитарно - просветительной работы;

- Основы международной классификации болезней МКБ-10;

- Современные направления развития медицины

2. СПЕЦИАЛЬНЫЕ ЗНАНИЯ

- Распространенность неврологических заболеваний, смертность от неврологических заболеваний среди населения и в половозрастных группах,

- Основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность неврологической службы;

- Систему организации, структуру и задачи неврологической службы в стране;

- Организацию работы неотложной неврологической помощи; - Анатомию, эмбриологию и топографическую анатомию центральной, периферической и вегетативной нервной системы;

- Основные вопросы нормальной и патологической физиологии центральной и периферической нервной системы; календарь психомоторного развития (с 0 до 12 месяцев и с 12 до 36 месяцев жизни); возрастные аспекты физиологических рефлексов;

- Этиологию и патогенез заболеваний нервной системы;

- Современные методы обследования и лечения больного;

- Показания и противопоказания к хирургическому лечению, применению физиотерапии и лечебной физкультуры, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;

- Основы рационального питания и принципы диетотерапии в неврологической клинике;

- Особенности лечения в половозрастных группах;

- Основные принципы неотложной терапии;

- Основы клинической фармакологии:
- фармакодинамику и фармакокинетику основных групп лекарственных средств;
- проблему совместимости лекарственных средств и побочное действие лекарственных препаратов;
- Экспертизу временной и стойкой нетрудоспособности, врачебно - трудовую экспертизу в т.ч. инвалидности с детства;
- Организацию и проведение диспансеризации неврологических больных, анализ её эффективности;
- Профилактику неврологических заболеваний и сан просветительную работу;
- Клинику, лабораторную, функциональную, инструментальную диагностику, терапию смежных заболеваний; сердечно-сосудистых, эндокринных; болезней крови; васкулитов и диффузных заболеваний соединительной ткани, болезней мочеполовой системы и печени, ларинго-оториноларингологических (далее - ЛОР) органов;
- Основы перинатальной патологии нервной системы и неврологических заболеваний детского возраста.

3. ЗНАНИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ И СМЕЖНЫХ ДИСЦИПЛИН

- Клинику, дифференциальную диагностику, терапию и профилактику психических заболеваний (общую психопатологию и методы обследования в психиатрии; экзогенно-органические психические расстройства и эпилепсию, эндогенные психозы, психозы позднего возраста, пограничные психические расстройства, умственная отсталость; методы терапии психических заболеваний; основы профилактики и реабилитации в психиатрии; организация психиатрической помощи и основы законодательства РФ по психиатрии);

- Клинику, дифференциальную диагностику и показания к госпитализации при острых и неотложных состояниях (инфаркт, инсульт, черепно-мозговая травма, «острый живот», внематочная беременность, гипогликемическая и диабетическая кома, клиническая смерть и др.);

Основы клиники, ранней диагностики и терапии инфекционных и паразитарных болезней, в т.ч. карантинных инфекций;

- Основы клиники и ранней диагностики онкологических заболеваний;
- Организацию и объем врачебной помощи на догоспитальном этапе при ДТП, массовых поражениях и катастрофах;
- Основы первичной реанимации;
- Основы дозиметрии и ионизирующих излучений;
- Клинику, условия и риск возникновения радиационно обусловленных заболеваний у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС и населения, подвергшегося радиационному воздействию;
- Основные источники облучения человека, основы радиационной безопасности, гигиенического нормирования радиационного фактора;
- Вопросы организации гигиенического воспитания и формирования здорового образа жизни у населения;
- Основы компьютерной грамотности, работу в основных компьютерных программах в качестве пользователя.

Врач-невролог должен уметь:

- Получить анамнестическую информацию о неврологическом заболевании, выявить общие и специфические признаки неврологического заболевания, определить необходимость

и применить объективные методы обследования, установить топический диагноз и неврологический синдром;

- Поставить диагноз и провести дифференциальный диагноз, используя клинические и дополнительные методы исследования;

- Сформулировать диагноз в соответствии с классификацией МКБ-10 с выделением основного синдрома, сопутствующего и их осложнений;

- Назначить комплексное лечение (включающее режим, диету, медикаментозные средства, методы неотложной терапии и реанимации, ЛФК, физиотерапию, санаторно-курортное лечение, реабилитационные мероприятия и др.);

- Своевременно оценить эффективность лечения, разработать и осуществить мероприятия по предупреждению осложнений;

Провести симптоматическую терапию с учетом возрастных особенностей, психического и соматического статуса больного;

Выявить клинические показания для срочной (плановой) консультации, госпитализации или перевода больного на лечение к другому специалисту, определить профиль лечебного учреждения или специалиста с учетом особенностей и тяжести заболевания;

Оценить морфологические и биохимические показатели крови и мочи, данные рентгеноскопии и рентгенографии грудной клетки, ЭКГ, эхографии в диагностике патологического процесса и определении его активности;

Организовать изоляцию больных с карантинными заболеваниями и противозидемические мероприятия;

Владеть простейшими методами обезболивания, купировать острый болевой синдром;

Оценить тяжесть состояния больного; определить необходимость реанимационных мероприятий;

Провести комплекс реанимационных мероприятий при клинической смерти и терминальных состояниях;

Оказать срочную медицинскую помощь при неотложных состояниях в неврологии, а также при острой сердечной и сосудистой недостаточности (обморок, коллапс), острой дыхательной недостаточности, острой интоксикации (алкогольной, лекарственной и пр.) и острых психозах;

Получить информацию о неврологическом заболевании, выявить общие и специфические признаки неврологического заболевания, определить необходимость и применить объективные методы обследования, установить топический диагноз и неврологический синдром;

Своевременно оценить эффективность лечения, разработать и осуществить мероприятия по предупреждению осложнений;

Оказать помощь на догоспитальном этапе при механической асфиксии, утоплении, поражении электрическим током;

Провести анализ неврологической заболеваемости на обслуживаемом участке (отделении, поликлинике, районе, регионе), определить задачи по улучшению неврологической ситуации, решить вопросы прогноза;

Определить срок временной потери трудоспособности и направления на КЭК, установить показания для направления на МСЭК;

Оказать медицинскую помощь лицам, подвергшимся радиационному воздействию в результате радиационных аварий;

Дать диагностическую оценку результатам ликворологического исследования; клинически оценивать результаты рентгенологического исследования черепа и позвоночника, церебральной ангиографии, электроэнцефалографии, ультразвуковых методов исследования, электромиографии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, а также картины осмотра глазного дна и исследования полей зрения;

Оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;

Организовать работу среднего медицинского персонала;

Установить диагноз при следующих заболеваниях:

- острых нарушениях мозгового кровообращения: преходящих нарушениях мозгового кровообращения, геморрагическом и ишемическом инсульте, субарахноидальном кровоизлиянии,

- дисциркуляторной энцефалопатии,

- спинальном инсульте, сосудистых миелопатиях,

- вертеброгенных поражениях нервной системы,

- моно- и полиневропатиях, плекситах, - невралгиях, компрессионных поражениях нервов (туннельные синдромы),

- энцефалитах (энцефаломиелитах),

- полиомиелитах,

- миелитах,

- эпидуритах,

- поражениях центральной нервной системы (далее - ЦНС) при туберкулезе, сифилисе, синдроме приобретенного иммунодефицита (далее - СПИД);

- поражениях ЦНС при туберкулезе, сифилисе, СПИДе,

- цистицеркозе,

- токсоплазмозе,

- остром рассеянном энцефаломиелите, рассеянном склерозе, подостром склерозирующем энцефалите, демиелинизирующих заболеваниях периферической нервной системы, - боковом амиотрофическом склерозе, - спинальной мышечной атрофии, - опухолях головного мозга, - опухолях спинного мозга, - опухолях периферических нервов, - болезни Паркинсона и паркинсонизме, - тиках; - хорее; - дистониях; - треморе; - осложнениях алкоголизма (острая энцефалопатия Гайе-Вернике, хроническая алкогольная энцефалопатия, алкогольная полиневропатия);

- энцефаломиелополиневропатии при интоксикации солями тяжелых металлов (ртутная, свинцовая, мышьяковая, марганцевая); - лекарственных интоксикациях (наркотические анальгетики, нейролептики, транквилизаторы, барбитураты); - дисметаболической коме; - поражениях центральных вегетативных структур (вегетативная дистония, гипоталамические, обменно-эндокринные синдромы); - мигрени; - миастении и миастенических синдромах; - ботулизме; - заболеваниях подкорковых ганглиев (болезнь Паркинсона, гепатоцеребральная дистрофия, болезнь Гентингтона, прогрессирующая миоклоническая эпилепсия); - дегенеративные заболевания с преимущественным поражением пирамидной и мозжечковой систем (семейная спастическая параплегия, спиноцеребеллярные дегенерации, оливо-пункто-церебеллярная дегенерация); - черепно-

мозговой травме (сотрясение и ушиб мозга, субдуральные и эпидуральные кровоизлияния, субарахноидальное кровоизлияние); - позвоночно-спинномозговая травма; - травме периферических нервов.

Реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами и пациентами;

Использовать нормативную документацию, принятую в неврологии и документацию для оценки качества и эффективности работы неврологического учреждения;

Проводить оценку эффективности медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам неврологического профиля.

Врач- невролог **должен владеть:**

Методикой сбора анамнеза, описания статуса и плана исследований пациента;

Методикой написания ежедневных дневников, этапных и заключительных эпикризов, выписок из истории болезни;

Навыком оформления документации по временной и стойкой нетрудоспособности;

Методикой определения группы крови;

Умением оценки формулы крови; Умением трактовки ЭКГ;

Умением трактовки рентгенограмм черепа, позвоночника, компьютерных томограмм и магнитно-резонансных томограмм головного и спинного мозга;

Умением клинического обследования центральной, периферической, вегетативной нервной системы (навыками оценки состояния сознания, выявления менингеальных симптомов, оценки состояния краниальной иннервации, двигательной, чувствительной и координаторной сфер, состояния мышц);

Умением обследования соматического статуса (аускультацией легких, сердечных тонов, сонных артерии, перкуссией и пальпацией внутренних органов, обследования периферических сосудов, измерения артериального давления);

Умением обследования нейропсихологического статуса (оценки расстройств речи, апрактических, агностических нарушений, нарушений памяти;

Умением оценки психопатологического статуса (оценки личностных и поведенческих нарушений);

Умением постановки топического диагноза;

Основными принципами лечения следующих заболеваний: - острые нарушения мозгового кровообращения: преходящие нарушения мозгового кровообращения, геморрагический и ишемический инсульт, субарахноидальное кровоизлияние, - дисциркуляторная энцефалопатия, - спинальные инсульты, сосудистые миелопатии, - вертеброгенные поражения нервной системы, - моно- и полиневропатии, плекситы, - невралгии, компрессионные поражения нервов (туннельные синдромы), - энцефалиты/миелиты/энцефаломиелиты, - нейросифилис, - острая энцефалопатия Гайе-Вернике, алкогольная полиневропатия), - интоксикации солями тяжелых металлов (ртутью, таллием, свинцом, мышьяком, марганцем), - лекарственные интоксикации, - вегетативные расстройства, - миастения и миастенические синдромы, -заболевания подкорковых ганглиев (болезнь Паркинсона, гепатолентикулярная дегенерация, болезнь Гентингтона, прогрессирующая миоклоническая эпилепсия), - сотрясение мозга,

Навыками определения признаков клинической и биологической смерти.

Методами поведенческой терапии, облегчающей межличностные отношения;

Методами индивидуального и группового консультирования;
Методами реабилитации больных неврологического профиля;
Методами профилактики ВИЧ-инфекции, гепатита В и С, туберкулеза и инфекций, передаваемых половым путем;

Формами и методами первичной профилактики зависимости (от Интернета, азартных игр, алкоголя, психоактивных веществ) в подростковом и молодом возрасте;

Компьютерной техникой, возможностью применения современных информационных технологий для решения профессиональных задач.

Врач-невролог должен владеть практическими навыками; неврологического осмотра выявления специфических признаков предполагаемого заболевания при объективном обследовании; анализа клинико-лабораторных и нейрофизиологических данных оценки достаточности предварительной информации для принятия решений; оценки состояния здоровья и постановки предварительного диагноза; люмбальной пункции; проведения лечебных блокад, в том числе паравerteбральных, блокады триггерных точек; остановки наружного кровотечения; фиксации позвоночника и конечностей при травмах и переломах; проведения реанимационных мероприятий (непрямой массаж сердца, искусственная вентиляция легких) на догоспитальном этапе; промывания желудка через зонд; измерения АД; квалифицированного оформления медицинского заключения; оформления историй болезни, амбулаторных карт неврологических больных, больничных листов; ведения медицинской документации (в стационаре, поликлинике); работы с основными информационными системами по неврологии на ПК, подключения к Медлайн и Интернет; работы с различными информационными источниками по вопросам клинической фармакологии; организации научно-практических конференций, семинаров, разборов по актуальным вопросам неврологии; самостоятельная работа предусматривает участие в диспутах, конференциях, клинических разборах, написание рефератов, проведение анализа архивного материала, решение ситуационных задач различной направленности.

Работу в лабораториях по освоению методов лабораторной диагностики. Работу в больничных, институтских, городских библиотеках и информационных центрах.

- проведения систематической учебы и повышения теоретических и практических знаний персонала; - проведения первичных реанимационных мероприятий (искусственное дыхание, непрямой массаж сердца); - проведения фиксации позвоночника, конечностей при переломах, травмах; - проведения первичной остановки наружного кровотечения. - навык обеспечения искусственной вентиляции легких (ИВЛ) - навык остановки кровотечения в зависимости от типа кровотечения - навык непрямого массажа сердца: выбор точки для компрессии грудной клетки; - техника закрытого массажа сердца - навык сочетания ИВЛ и массажа сердца при базовой реанимации - умение выбора медикаментозной терапии при базовой реанимации - навык введения препаратов внутривенно - навык иммобилизации пострадавших конечностей, позвоночника, шейного отдела позвоночника. - навык согласованной работы в команде.

Требования к итоговой аттестации

1. Итоговая аттестация по дополнительной профессиональной образовательной программе повышения квалификации врачей-неврологов проводится в форме экзамена (контрольного тестирования, решения ситуационных задач, собеседования и т.д.) и должна

выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-специалиста (невролога) в соответствии с квалификационными требованиями, профессиональными стандартами.

2. Слушатель допускается к итоговой аттестации после изучения модулей (тем, разделов, дисциплин) в объеме, предусмотренном учебным планом дополнительной профессиональной образовательной программы повышения квалификации «Неврология».

3. Экзамен включает в себя три части: 1. тестовый контроль по специальности 2. определение практических навыков специалиста 3. заключительное собеседование.

4. Оценка практических навыков проводится на основании представления списка основных навыков, которыми владеет специалист. При этом используются ситуационные задачи.

5. Лица, освоившие дополнительную профессиональную образовательную программу повышения квалификации «Неврология» и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ о дополнительном профессиональном образовании – удостоверение о повышении квалификации установленного образца и сертификат специалиста.

3. Учебный план «Неврология»

Цель данной программы - систематизация, углубление и совершенствование профессиональных знаний, умений и навыков по диагностике, клинике заболеваний нервной системы, современным принципам лечения и профилактики, освоение новых знаний, методик, необходимых специалисту для продолжения выполнения профессиональной деятельности по специальности «Неврология» и обеспечивающих совершенствование профессиональных компетенций врача-невролога.

Категория слушателей: врачи-неврологи стационаров, поликлиник, МЧС, санаториев-профилакториев.

Форма обучения: очная, заочная с применением дистанционных образовательных технологий.

Объем в часах: всего 144 академических часа (4 недели, 1 месяц)

Режим занятий: 6 академических часов в день, 5-6 дней в неделю

№	Наименование разделов дисциплин и тем	Всего часов	в том числе		Форма контроля
			лекции	практические занятия, семинары, тренинги	
1	Раздел 1 Клиника неврологических заболеваний в детском и подростковом возрасте	8	6	2	Текущий контроль (тест, опрос)
2	Раздел 2 Клиническая анатомия и физиология нервной системы. Топическая диагностика	8	4	4	Текущий контроль (тест, опрос)
3	Раздел 3 Методы исследования в неврологии	12	4	8	Промежуточный контроль (тест, опрос)
4	Раздел 4 Принципы и методы лечения неврологических больных	8	7	1	Текущий контроль (тест, опрос)
5	Раздел 5 Заболевания периферической нервной системы	16	12	4	Текущий контроль (тест, опрос)
6	Раздел 6 Инфекционные и инфекционно-аллергические заболевания нервной системы	22	19	3	Промежуточный контроль (тест, опрос)

№	Наименование разделов дисциплин и тем	Всего часов	в том числе		Форма контроля
			лекции	практические занятия, семинары, тренинги	
7	Раздел 7 Сосудистые заболевания нервной системы	8		8	Текущий контроль (тест, опрос)
8	Раздел 8 Заболевания вегетативной нервной системы	8	4	4	Текущий контроль (тест, опрос)
9	Раздел 9 Наследственные болезни нервной системы	9		9	Промежуточный контроль (тест, опрос)
10	Раздел 10 Травмы и опухоли нервной системы	11	6	5	Текущий контроль (тест, опрос)
11	Раздел 11 Неотложные состояния в невропатологии	10	5	5	Промежуточный контроль (тест, опрос)
12	Раздел 12 Психоневрология, соматоневрология	8	4	4	Текущий контроль (тест, опрос)
13	Раздел 13 Основы радиационной медицины	8	4	4	Текущий контроль (тест, опрос)
14	Итоговая аттестация	8	4	4	Итоговый тестовый контроль
	Итого	144	79	65	

Учебно-тематический план
 дополнительной профессиональной образовательной программы
 повышения квалификации врачей по специальности
«Неврология»

№	Наименование разделов дисциплин и тем	Всего часов	в том числе		Форма контроля
			лекции	практические занятия, семинары, тренинги	
1.	<i>Клинические и практические методы диагностики поражений нервной системы</i>	8	6	2	Зачет/тест
2.	<i>Инфекционные заболевания нервной системы</i>	8	4	4	Зачет/тест
3.	<i>Наследственные болезни</i>	12	4	8	Зачет/тест
4.	<i>Сосудистые заболевания головного и спинного мозга</i>	8	7	1	Зачет/тест
5.	<i>Поражения периферической нервной системы</i>	16	12	4	Зачет/тест
6.	<i>Травматические поражения нервной системы</i>	22	19	3	Зачет/тест
7.	<i>Эпилепсия</i>	8		8	Зачет/тест
8.	<i>Опухоли нервной системы</i>	8	4	4	Зачет/тест
9.	<i>Заболевания вегетативной нервной системы</i>	9		9	Зачет/тест
10.	<i>Головная боль</i>	11	6	5	Зачет/тест
11.	<i>Прозопалгии</i>	10	5	5	Зачет/тест
12.	<i>Топическая диагностика</i>	8	4	4	Зачет/тест
13.	<i>Демиелинизирующие заболевания, неврологические расстройства при соматических заболеваниях и беременности</i>	8	4	4	Зачет/тест
14.	Итоговая аттестация	8	4	4	Контрольный тест
	Итого	144	79	65	

4. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Тема 1. Клинические и дополнительные методы диагностики поражений нервной системы.

Цель: Знать критерии оценки степени выраженности неврологической дефицитарности мозга при клинико – неврологическом осмотре, интерпретации результатов параклинических методов диагностики поражений центральной и периферической нервной системы.

Содержание: Рассмотрение вопросов рубрикации органической неврологической недостаточности (пирамидная, церебральная и спинальная симптоматика). Недостаточность глазодвигательной и кохлеовестибулярной иннервации, гипоталамическая, нейроэндокринная недостаточность; критерии оценки результатов дополнительных методов диагностики (люмбальная пункция, рентгенография черепа и позвоночника, нейроофтальмоскопия, электроэнцефалография, реоэнцефалография, эхоэнцефалография, ультразвуковая доплерография магистральных сосудов головы, компьютерная томография, ядерный магнитный резонанс).

Оценка состояния сознания (спутанность сознания, делирий, сопор, кома, акинетический мутизм, хроническое вегетативное состояние, смерть мозга).

Рассмотрение этиологических механизмов и клинических вопросов повышения внутричерепного давления и гидроцефалии.

Тема 2. Инфекционные заболевания нервной системы.

Классификация менингитов. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика менингитов. Современные методы лечения гнойных и серозных менингитов. Туберкулезный менингит, критерии диагностики, дифференциальная диагностика, тактика. Классификация энцефалитов. Этиология, патогенез, эпидемиология клещевого энцефалита. Классификация клинических форм клещевого энцефалита, методы серологической диагностики. Лечение в остром периоде, профилактика, реабилитационная терапия. Болезнь Лайма, критерии диагностики, серологическая диагностика, лечение. Прогрессирующие формы клещевого энцефалита. Неврологические проявления СПИДа

Цель: знать этиопатогенез и классификацию менингитов; диагностику и лечение первичного и вторичных гнойных менингитов; клинику, диагностику, лечение и профилактику первичных и вторичных серозных менингитов; клинику, диагностику и лечение церебральных и спинальных арахноидитов; классификацию энцефалитов; этиопатогенез, клиника и лечение первичных энцефалитов (клещевой, Эконома, Комариный); болезнь Лайма, полисезонные, параинфекционные и поствакцинальные энцефалиты и энцефаломиелиты; этиологию, клинику и лечение герпетических поражений; этиопатогенез, клинику и лечение первичных (полиомиелит) и вторичных миелитов, демиелинизирующих заболеваний ЦНС (ОРЭМ, рассеянный склероз и др.); этиопатогенез, клинику, диагностику, лечение ранних и поздних форм нейросифилиса; неврологические проявления СПИДа; клинику и принципы лечения абсцессов мозга.

Содержание: изучение современных представлений об этиопатогенезе, клинике, диагностике, дифференциальной диагностике и лечению больных с инфекционными и инфекционно – аллергическими заболеваниями нервной системы.

Тема 3. Наследственно – дегенеративные заболевания центральной нервной системы.

Дегенеративные заболевания с преимущественным поражением экстрапирамидной системы. Паркинсонизм, патогенез, клинические проявления, современная фармакотерапия. Гепатолентикулярная дегенерация, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Хорея Гентингтона. Эссенциальный тремор. Дегенеративные заболевания с преимущественным поражением пирамидной и мозжечковой систем. Семейная параплегия Штрюмпеля. Болезнь Фридрейха. Боковой амиотрофический склероз. Общая клиническая характеристика первичных и вторичных миодистрофий. Миотония Томсена. Миастения, современные представления о патогенезе, клиника, лечение. Показания к хирургическому лечению.

Цель: знать современные принципы классификации наследственно – дегенеративных заболеваний; генодиагностику в неврологии, этиопатогенез, клинику и профилактику хромосомных синдромов; этиопатогенез, клинику, дифференциальный диагноз и лечение гепатолентикулярной дегенерации, паркинсонизма, хореи Рентингтона, болезни Туретта; этиопатогенез, клинику, диагностику и лечение прогрессирующих мышечных дистрофий, миотоний; этиопатогенез, клинику, диагностику и лечение миастений, первичных и вторичных дистоний.

Содержание: изучение этиопатогенеза, клиники, диагностики, лечения больных с наследственно – дегенеративными заболеваниями нервной системы; медико – генетическое консультирование.

Тема 4. Сосудистые заболевания головного и спинного мозга.

Анатомо-физиологические основы мозгового кровообращения. Современные эпидемиологические данные о сосудистых заболеваниях. Факторы риска нарушений мозгового кровообращения. Этиологические факторы. Классификация цереброваскулярных заболеваний ВОЗ (Женева, 1981г) и отечественная классификация Института Неврологии АМН СССР под общей редакцией Е.В.Шмидта (1985г.). Патогенез и патокинез сосудистых поражений мозга. Роль свободно-радикальных процессов в патогенезе мозговых инсультов. Начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга, клиника, диагностика, лечение. Преходящие нарушения мозгового кровообращения, клиника, диагностика, тактика, лечение. Мозговые инсульты, малый инсульт, закончившийся инсульт. Клиника ишемического инсульта в бассейне передней, средней мозговых артерий, задней мозговых артерий. Геморрагический инсульт, субарахноидальное кровоизлияние, паренхиматозно-субарахноидальное кровоизлияние. Дополнительные методы обследования при острых нарушениях мозгового кровообращения. Синдром внутримозгового обкрадывания. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания при ишемических и геморрагических инсультах. Тактика врача при мозговых инсультах в остром периоде, основы социальной и трудовой реабилитации больных. Дисциркуляторная энцефалопатия, клиника, диагностика, лечение, вопросы врачебно-трудовой экспертизы. Анатомо-физиологические особенности кровоснабжения спинного мозга. Патогенез и клиника острых нарушений спинального кровообращения. Патогенез и клиника сосудистой миелопатии.

Цель: знать морфофизиологические особенности кровоснабжения головного и спинного мозга, классификацию мозговых и спинальных инсультов. Этиологию, патогенез, клинику начальной недостаточности мозгового кровообращения, переходящий нарушений мозгового кровообращения; этиопатогенез и клинику различных вариантов, ишемического

инсульта; этиологию, патогенез и клинику паренхиматозного и субарахноидального кровоизлияний; клинические формы хронической недостаточности мозгового кровообращения; методы объективных обследований при нарушениях мозгового кровообращения; лечебную тактику (базисная и дифференцированная терапия); основные мероприятия медицинской, социальной и трудовой реабилитации больных, перенесших мозговой инсульт и переходящие нарушения мозгового кровообращения; этиопатогенез, клинику, диагностику и лечение острых нарушений спинального кровообращения (ишемических, геморрагических), хронических миелоишемий; показания к нейрохирургическим методам лечения при церебральных и спинальных инсультах; профилактику сосудистых заболеваний нервной системы.

Содержание: изучение этиологии, патогенеза, клиники, диагностики сосудистых заболеваний нервной системы и методов лечения больных с различными видами мозговых инсультов и сосудистых поражений спинного мозга.

Тема 5. Поражения периферической нервной системы.

Моно- и полиневропатии. Эпидемиология. Классификация заболеваний периферической нервной системы (Всесоюзная проблемная комиссия по заболеваниям периферической нервной системы, 1982-1984гг.). «Туннельные» мононевропатии. Травматические поражения периферических нервов. Основные клинические формы, лечение. Невропатия лицевого нерва, этиология, клиника, лечение. Невралгия тройничного нерва и лицевые симпаталгии. Острые полирадикулоневриты (дифтерийный, герпетический, гриппозный, лепрозный, ботулинический). Полирадикулоневропатия Гийена-Барре, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз. Экзогенно-токсические полиневропатии, в том числе алкогольная и лекарственная полиневропатии, полиневропатии при профессиональных заболеваниях. Диабетическая полиневропатия. Общие принципы лечения заболеваний периферической нервной системы. Вертеброгенные заболевания периферической нервной системы. Позвоночник и синдромы его поражения. Основные патогенетические варианты вертеброгенных синдромов (рефлекторные, компрессионные, миоадаптивные). Формулировка диагноза. Рентгенодиагностика при остеохондрозе. Лечение: ортопедические методы, новокаиновые блокады, медикаментозная терапия, мануальная терапия, физиотерапия, аппликация димексида, массаж, рефлексотерапия, бальнеотерапия, грязелечение. Хирургическое лечение (эффективность и показания).

Цель: знать современные представления о механизмах развития дорсопатий, в том числе, межпозвоночного остеохондроза позвоночника; клинику, диагностику и лечение неврологических вертеброгенных синдромов (рефлекторных, корешковых, спинальных), шейного, грудного и пояснично – крестцового уровней; миофасциальные синдромы; понятие о туннельных синдромах; этиопатогенез мононевропатий; этиологию, патогенез, классификацию, клинику, диагностику и лечение первичных и вторичных демиелинизирующих и аксональных полиневропатий.

Содержание: изучение современных представлений об этиопатогенезе полиневропатий, клинику, дифференциальной диагностике и лечения вертебральных рефлекторных и комплексных синдромов, моно – и полиневропатий.

Тема 6. Травматические поражения нервной системы.

Цель: знать клинические и параклинические критерии диагностики мозга, ушиба легкой, средней и тяжелой острой черепно – мозговой травмы, сотрясения и ушиба головного мозга, внутрочерепных гематом, клинические синдромы последствий черепно – мозговых травм, тактику врача в остром и отдаленном периодах ЧМТ; клинические признаки травмы спинного мозга; трудовую и военную экспертизу больных с черепно – мозговой и спинальной травмами.

Содержание: изучение различных видов нейротравматизма патогенеза, клиники, дифференциальной диагностики острой ЧМТ и ее последствий, спинальной травмы, консервативное и нейрохирургическое лечение в остром периоде, мероприятия медико – социальной реабилитации больных с последствиями ЧМТ.

Тема 7. Эпилепсия.

Этиология эпилепсии. Патогенез эпилепсии. Классификация и клиника эпилептических припадков. Современная классификация эпилепсии. Характеристика отдельных клинических форм. Идиопатическая эпилепсия, симптоматическая эпилепсия, криптогенная эпилепсия. Характеристика непароксизмальных хронических изменений личности больного эпилепсией. Дифференциальная диагностика эпилептических припадков и неэпилептических пароксизмов. Значение электроэнцефалографии при диагностике пароксизмальных состояний. Основные противосудорожные препараты. Принципы лечения при эпилепсии. Эпилептический статус. Неотложная помощь при эпилептическом статусе. Социальная реабилитация больных эпилепсией.

Цель: знать этиологию, патогенез, классификацию эпилепсии (эпилептическая болезнь, симптоматическая эпилепсия), клинику отдельных форм эпилептических припадков (генерализованных – больших судорожных припадков и абсансов, парциальных, формы эпилептических припадков у больных детей в раннем детском возрасте), диагностику и лечение эпилепсии, клинику и ургентную терапию эпилептического статуса.

Содержание: изучение современных представлений об этиологии, патогенезе эпилепсии, классификации, клиники различных форм эпилептического припадков и эпилептического статуса.

Тема 8. Опухоли нервной системы.

Классификация опухолей головного мозга. Критерии диагностики. Общемозговые симптомы. Первичные (очаговые) симптомы при опухолях различной локализации (лобная, височная, гипофизарная область, мозжечок, ствол мозга, желудочки мозга и т.д.). Вторичные симптомы. Синдром повышения внутрочерепного давления, дислокационные симптомы. Современные методы диагностики и лечения церебральных опухолей. Классификация опухолей спинного мозга. Клиника интрамедуллярных и экстрамедуллярных опухолей. Современные методы диагностики и лечения спинальных опухолей.

Цель: знать классификацию опухолей головного мозга, общемозговые и основные очаговые симптомы церебральных опухолей различной локализации (лобная, височная, теменная, затылочная, гипофизарная области, мосто – мозжечковый угол, мозжечок, ствол мозга); синдром повышения внутрочерепного давления, дислокационные синдромы, современные методы диагностики и лечения церебральных опухолей, современные методы диагностики и лечения спинальных опухолей.

Содержание: изучение классификации, клиники, методов обследования и дифференциальной диагностики, лечения больных с опухолями головного и спинного мозга.

Тема 9. Заболевания вегетативной нервной системы.

Панические атаки. Терминология, определение и диагностические критерии. Современная фармакотерапия. Мигрень, диагностики, лечение (абортивное и превентивное). Болезнь Рейно, эритромелалгия. Синдромы поражения сегментарных отделов вегетативной нервной системы. Лицевые вегетативные невралгии.

Цель: знать анатомо – физиологические особенности вегетативной нервной системы (сегментарные и надсегментарные отделы); структуру и функции симпатической и парасимпатических систем, структуру и функции, симптомы поражения лимбико – ретикулярного комплекса; формы синдрома вегетативной дистонии (психофизический синдром, панические атаки, синдром прогрессирующей вегетативной недостаточности, периферические вегетативные синдромы), классификацию, методы и критерии диагностики, принципы лечения.

Содержание: изучение современных анатомо – физиологических и клинических представлений о неспецифических системах мозга, особенностях функционирования сегментарного и надсегментарных отделов вегетативной нервной системы.

Тема 10. Головная боль. Травматические поражения нервной системы.

Черепно-мозговая травма. Классификация, основные синдромы и критерии оценки тяжести состояния. Клиника и диагностика отдельных видов травм. Сотрясение головного мозга. Ушиб головного мозга. Травматическое сдавление головного мозга. Принципы лечения при черепно-мозговой травме. Спинальная травма. Этиология, патогенез, классификация. Клинические проявления при повреждении спинного мозга на различных уровнях. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.

Цель: знать классификацию головных болей, патофизиологию, нейробиологию головной боли (нейро – медиаторные системы), понятие о болевой и противоболевой системах, концепции боли (теория воротного контроля боли, матриксная теория возникновения боли и др.); первичные головные боли (мигрень, головная боль напряжения, кластерная цефалгия и др.), вторичные головные боли (внутричерепная гипотензия, внутричерепная гипертензия); головная боль при цереброваскулярных заболеваниях; цефалгия обусловленная суставно – мышечной дисфункцией, клиника, диагностика, лечение.

Содержание: изучение современных представлений об этиопатогенезе, дифференциальной диагностике, лечению и профилактике различных форм первичных и вторичных цефалгий.

Тема 11. Прозопалгии.

Цель: знать классификацию прозопалгий, патофизиологию лицевых болей; этиологию, патогенез, клинику, диагностику и лечение типичных нейрогенных прозопалгий (невралгия тройничного нерва, невралгия языкоглоточного нерва, дентальная плексалгия, постгерпетическая невропатия, болевая мышечно – фасциальная дисфункция, лицевые психалгии).

Содержание: изучение современных представлений о различных видах прозопагий, критериях дифференциальной диагностики, консервативных и хирургических методах лечения.

Тема 12. Топическая диагностика.

Клинические аспекты функциональной анатомии и физиологии нервной системы. Функциональная морфология нервной системы. Современные представления об организации движений. Рефлексы и их изменения. Регуляция мышечного тонуса и трофики мышц. Экстрапирамидные нарушения движений. Схема экстрапирамидной системы и ее связей. Роль дофаминергических систем мозга в осуществлении регуляции двигательной функции. Основные дофаминергические нейрональные системы. Роль нарушения взаимодействия различных транснамиттеров с дофаминергическими системами в развитии экстрапирамидной двигательной патологии. Спастический и пластический тип гипертонуса, дифференциальная диагностика. Экстрапирамидные гиперкинезы. Боль, как интегративная функция нервной системы. Первичная (эпикритическая) и вторичная (протопатическая) боль. Фантомные боли. Симптомы натяжения корешков. Варианты распределения расстройств чувствительности.

Цель: знать анатомию и топическую диагностику нервной системы.

Содержание: изучение кортико-мышечного пути, центральные, периферические, смешанные параличи; норма и патология экстрапирамидной системы (анатомия, пути, гиперкинетический синдром, акинетико-ригидный синдром); чувствительность (пути, виды и типы нарушений чувствительности); мозжечок (анатомические структуры, пути, пробы для выявления мозжечковых нарушений); патология высших мозговых функций (афазии, апраксии, агнозии, нарушения памяти, внимания); патология вегетативной нервной системы.

Тема 13. Демиелинизирующие заболевания нервной системы.

Острый рассеянный энцефаломиелит. Рассеянный склероз. Вопросы этиологии и патогенеза, значение генетических факторов. Патоморфологические изменения в нервной системе. Критерии постановки диагноза. Компьютерная томография и ядерно-магнитный резонанс. Лечение и социальная адаптация больных рассеянным склерозом.

Цель: знать классификацию демиелинизирующих заболеваний нервной системы, этиологию, патогенез рассеянного склероза, лечение при обострении и ремиссии. Знать неврологические осложнения при соматических заболеваниях, эндокринных заболеваниях, алкоголизме, наркомании.

Содержание: иметь представление о современных методах лечения и диагностики рассеянного склероза, уметь проводить дифференциальный диагноз с другими системными демиелинизациями. Уметь диагностировать неврологические проявления при соматических заболеваниях, эндокринных заболеваниях, алкоголизме, наркомании.

5. КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК

Начало и окончание учебного года – в течение года по мере набора группы.

Наполняемость групп – не более 10-15 человек

Продолжительность учебной недели – 3-5 занятий в неделю или 5-6 дней в неделю

Продолжительность одного занятия – 1(один) академический час (45 мин.)

Режим работы - 9.00 ч -18.00 ч.

6. ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ И САМОКОНТРОЛЯ

Контроль успеваемости осуществляют путем оценки освоения модулей. Промежуточная аттестация проводится в форме тестирования и (или) контрольных вопросов, заданий по разделам (темам, модулям и т.д.).

Текущий контроль успеваемости обеспечивает оценивание хода освоения модулей, и проводится в форме тестового контроля.

Промежуточная аттестация – оценивание промежуточных и окончательных результатов обучения по модулям.

Промежуточная аттестация проводится в форме зачета.

Итоговая аттестация обучающихся по результатам освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Неврология» проводится в форме сертификационного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-невролога по специальности «Неврология» в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.

Критерии оценки этапов экзамена:

1. Тестирование:

- «отлично» выставляется при условии правильного ответа слушателя не менее чем на 90% тестовых заданий;

- «хорошо» - правильные ответы на 80-89% тестовых заданий;

- «удовлетворительно» - правильные ответы на 70-79% тестовых заданий;

- «неудовлетворительно» - правильные ответы менее 70% тестовых заданий.

2. Подготовка, защита рефератов (при наличии):

- «отлично» выставляется при выполнении всех требований к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы;

- «хорошо» - основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочёты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы;

- «удовлетворительно» - имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности: тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод;

- «неудовлетворительно» - тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

3. Решение ситуационной задачи (при наличии):

- «отлично» выставляется слушателю, обнаружившему системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения практических задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины;

- «хорошо» - выставляется слушателю, обнаружившему полное знание программного материала;
- «удовлетворительно» - выставляется слушателю, обнаружившему достаточный уровень знаний основного программного материала, но допустивший погрешности при его изложении;
- «неудовлетворительно» - слушателю, допустившему при ответе на вопросы задачи множественные ошибки принципиального характера.

4. *Собеседование:*

- «отлично» выставляется при соблюдении следующих условий: даны полные и точные ответы на 2 вопроса; свободное владение основными терминами и понятиями дисциплины; последовательное и логичное изложение материала дисциплины; законченные выводы и обобщения по теме вопросов; исчерпывающие ответы на вопросы при сдаче экзамена;

- «хорошо» - предполагает полные и точные ответы на 2 вопроса; знание основных терминов и понятий дисциплины; последовательное изложение материала дисциплины; умение формулировать некоторые обобщения по теме вопросов; достаточно полные ответы на вопросы при сдаче экзамена;

- «удовлетворительно» - неполные ответы на 2 вопроса; удовлетворительное знание основных терминов и понятий дисциплины; удовлетворительное знание и владение методами и средствами решения задач; недостаточно последовательное изложение материала дисциплины; умение формулировать отдельные выводы и обобщения по теме вопросов;

- «неудовлетворительно» - слушателю, не ответившему на оба вопроса.

5. *Практические навыки:*

- «отлично» - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы, без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы, самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малозначительные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения,

нормативы, демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки;

- «неудовлетворительно» - не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы, не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

Итоговая оценка за экзамен выставляется по сумме всех этапов экзамена.

Тематика семинарских занятий:

1. Организация неврологической помощи в РФ
2. Анатомия и физиология нервной системы
3. Семиотика и топографическая анатомия заболеваний нервной системы

4. Методы исследования в неврологии
5. Принципы и методы лечения неврологических больных
6. Заболевания периферической нервной системы, мышц и нервно-мышечной передачи
7. Инфекционные заболевания центральной нервной системы
8. Сосудистые заболевания нервной системы
9. Вегетативные и нейроэндокринные расстройства
10. Наследственные и дегенеративные заболевания нервной системы
11. Травмы и опухоли нервной системы
12. Неотложные состояния в неврологии
13. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы
14. Психоневрология
15. Соматоневрология.

Тематика контрольных вопросов (рефератов):

1. Мигрень. Классификация. Патогенез. Общие принципы лечения (профилактическое лечение и терапия во время приступа).
2. Комы. Классификация. Патогенетическое лечение коматозных. Черепномозговая травма. Классификация. Патогенез. Дифференциальный диагноз. Принципы ведения
3. Эпилепсия. Этиология, патогенез, классификация эпилептических приступов. Принципы лечения эпилепсии, основные противосудорожные препараты.
4. Хорея Гентингтона. Клинические особенности. Дифференциальная диагностика. Лечение.
5. Острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия (синдром Гийена-Барре). Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
6. Транзиторные ишемические атаки. Клиника. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения больных
7. Герпетический энцефалит. Клинические особенности. Дифференциальная диагностика. Лечение.
8. Опоясывающий герпес. Постгерпетическая невралгия. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
9. Транзиторные ишемические атаки. Классификация, этиология и патогенез. Тактика ведения.
10. Диабетическая полинейропатия. Клинические особенности. Дифференциальный диагноз. Принципы ведения
11. Болезнь Паркинсона. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальный диагноз. Основные принципы терапии.
12. Рассеянный склероз. Критерии диагноза. Патогенез. Клинические варианты. Основные направления терапии
13. Головная боль напряжения. Классификация. Общие принципы лечения.
14. Интракраниальные аневризмы артерий мозга. Классификация. Этиология, морфология, локализация. Клиника разрыва базальных и конвекситальных аневризм. Диагностика. Тактика ведения

15. Лакунарный инсульт. Этиология. Патогенез. Диагностика. Принципы ведения.

Перечень практических навыков (базовый объем) врача-невролога

1. Методы обследования больных (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, исследование неврологического статуса).
2. Сформулировать и обосновать синдромный, топический и клинический диагноз.
3. Провести необходимую дифференциальную диагностику.
4. Составить план обследования больного.
5. Назначить адекватное лечение.
6. Выполнить диагностическую люмбальную пункцию.
7. Интерпретировать результаты лабораторного обследования крови, мочи, кала, биохимических показателей крови, ЦСЖ, ЭКГ.
8. Интерпретировать результаты рентгенологического обследования (Р-граммы черепа, позвоночника, СКТ ГМ и СпМ, МТР ГМ и СпМ).
9. Выполнить ЭХО-ЭС. 10. Интерпретировать результаты ЭМГ, ЭЭГ, ЭХО-ЭС, доплерографии магистральных сосудов головы и шеи.
11. Уметь оказать первую врачебную помощь при неотложных состояниях (обморок, гипертонический криз, стенокардия, инфаркт миокарда, отек легкого, отек Квинке, ТЭЛА, приступ бронхиальной астмы, астматический статус, острая дыхательная недостаточность, шок, синдром дегидратации, психомоторное возбуждение, эпилептический припадок).
12. Владеть техникой проведения паравerteбральных, эпидуральных, периневральных блокад с анестетиками.
13. Техника проведения ИВЛ.
14. Техника проведения трахеостомии.
15. Определять группу крови и резус-фактор.
16. Переливать кровь и ее компоненты.
17. Закрытый массаж сердца, искусственная вентиляция легких «рот в рот».
18. Электроимпульсная терапия.
19. Уметь анализировать стандарты с целью возможности их использования в собственной практике.

Промежуточная аттестация

Тестовый контроль

Раздел 1 КЛИНИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

001. Масса головного мозга новорожденного в среднем составляет
- а) $1/8$ от массы тела
 - б) $1/12$ от массы тела
 - в) $1/20$ от массы тела
 - г) $1/4$ от массы тела
002. Наиболее распространенной формой нейрона у человека являются клетки
- а) униполярные
 - б) биполярные
 - в) мультиполярные
 - г) псевдоуниполярные
 - д) верно а) и б)
003. Передача нервного импульса происходит
- а) в синапсах
 - б) в митохондриях
 - в) в лизосомах
 - г) в цитоплазме
004. Общее количество цереброспинальной жидкости у новорожденного составляет
- а) 15-20 мл
 - б) 35-40 мл
 - в) 60-80 мл
 - г) 80-100 мл
005. Миелиновая оболочка нервного волокна определяет
- а) длину аксона и точность проведения
 - б) скорость проведения нервного импульса
 - в) длину аксона
 - г) принадлежность к чувствительным проводникам
 - д) принадлежность к двигательным проводникам
006. Нейроглия выполняет
- а) опорную и трофическую функцию
 - б) опорную и секреторную функцию
 - в) трофическую и энергетическую функцию
 - г) только секреторную функцию
 - д) только опорную функцию

007. Твердая мозговая оболочка участвует в образовании
- а) покровных костей черепа
 - б) венозных синусов, мозгового серпа и намета мозжечка
 - в) сосудистых сплетений
 - г) отверстий в основании черепа
 - д) черепных швов
008. Давление спинно-мозговой жидкости у детей школьного возраста в норме составляет
- а) 15-20 мм вод. ст.
 - б) 60-80 мм вод. ст.
 - в) 120-170 мм вод. ст.
 - г) 180-250 мм вод. ст.
 - д) 260-300 мм вод. ст.
009. Симпатические клетки лежат
- а) в передних рогах
 - б) в задних рогах
 - в) в передних и задних рогах
 - г) главным образом, в боковых рогах
010. Спинальный мозг новорожденного оканчивается на уровне нижнего края позвонка
- а) XII грудного
 - б) I поясничного
 - в) II поясничного
 - г) III поясничного
011. Наиболее выражен ладонно-ротовой рефлекс у детей в возрасте
- а) до 2 месяцев
 - б) до 3 месяцев
 - в) до 4 месяцев
 - г) до 1 года
012. Хватательный рефлекс физиологичен у детей в возрасте
- а) до 1-2 месяцев
 - б) до 3-4 месяцев
 - в) до 5-6 месяцев
 - г) до 7-8 месяцев
013. К миелоэнцефальным позотоническим рефлексам относят
- а) асимметричный тонический шейный
 - б) симметричный тонический шейный
 - в) тонический лабиринтный
 - г) верно а) и б)
 - д) все перечисленные

014. Зрительное сосредоточение на предмете появляется у детей
- а) к концу первого месяца жизни
 - б) в середине второго месяца жизни
 - в) в начале третьего месяца жизни
 - г) к концу третьего месяца жизни
015. Принцип реципрокности заключается
- а) в расслаблении антагонистов и агонистов
 - б) в расслаблении только агонистов
 - в) в расслаблении только антагонистов
 - г) в сокращении агонистов и расслаблении антагонистов
016. При птозе, расширении зрачка слева и правостороннем гемипарезе очаг расположен
- а) в четверохолмии
 - б) во внутренней капсуле слева
 - в) в мосту мозга слева
 - г) в левой ножке мозга
017. Гнойным менингитом чаще заболевают дети возраста
- а) раннего
 - б) дошкольного
 - в) младшего школьного
 - г) старшего школьного
018. Геморрагическая сыпь при менингококцемии у детей является следствием
- а) аллергии
 - б) иммунологической реактивности
 - в) повреждения сосудов и патологии свертывающей системы крови
 - г) всего перечисленного
019. Рецидивирующий гнойный менингит чаще наблюдается у детей
- а) при стафилококковой инфекции
 - б) грудного возраста
 - в) при иммунодефиците
 - г) с ликвореей
 - д) с аллергией
020. При инфекционно-токсическом шоке предпочтительно применять
- а) пенициллин
 - б) левомицетин
 - в) ампициллин
 - г) гентамицин
 - д) цефалоспорины

Раздел 2 КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.
ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

001. При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы
- а) верхней прямой
 - б) наружной прямой
 - в) нижней прямой
 - г) нижней косой
002. Мидриаз возникает при поражении
- а) верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
 - б) нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
 - в) мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва
 - г) среднего непарного ядра
 - д) ядра медиального продольного пучка
003. 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
004. При центральном пирамидном параличе не наблюдается
- а) гипотрофии мышц
 - б) повышения сухожильных рефлексов
 - в) нарушения функции тазовых органов
 - г) нарушения электровозбудимости нервов и мышц
005. Хореический гиперкинез возникает при поражении
- а) палеостриатума
 - б) неостриатума
 - в) медиального бледного шара
 - г) латерального бледного шара
006. Волокна для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии
- а) латерально
 - б) медиально
 - в) вентрально
 - г) дорсально
007. Волокна для туловища и верхних конечностей располагаются в клиновидном пучке задних канатиков по отношению к средней линии

- а) латерально
- б) медиально
- в) вентрально
- г) дорсально

008. 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

009. Медиатором тормозного действия является

- а) ацетилхолин
- б) ГАМК
- в) норадреналин
- г) адреналин

010. 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

011. Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия

- а) мозжечковая
- б) сенситивная
- в) вестибулярная
- г) корковая

012. Регуляция мышечного тонуса мозжечком при изменении положения тела в пространстве осуществляется через

- а) красное ядро
- б) люисово тело
- в) черное вещество
- г) полосатое тело

013. Биназальная гемианопсия наступает при поражении

- а) центральных отделов перекреста зрительных нервов
- б) наружных отделов перекреста зрительных нервов
- в) зрительной лучистости
- г) зрительных трактов

014. К концентрическому сужению полей зрения приводит неполное сдавление
- зрительного тракта
 - зрительного перекреста
 - наружного коленчатого тела
 - зрительной лучистости
015. При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия
- биназальная
 - гомонимная
 - битемпоральная
 - нижнеквадрантная
016. Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении
- зрительного тракта
 - зрительного перекреста
 - зрительной лучистости
 - внутренней капсулы
017. Через верхние ножки мозжечка проходит путь
- задний спинно-мозжечковый
 - передний спинно-мозжечковый
 - лобно-мосто-мозжечковый
 - затылочно-височно-мосто-мозжечковый
018. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении
- обонятельного бугорка
 - обонятельной луковицы
 - височной доли
 - теменной доли
019. Битемпоральная гемианопсия наблюдается при поражении
- центральных отделов перекреста зрительных нервов
 - наружных отделов перекреста зрительных нервов
 - зрительных трактов перекреста зрительных нервов
 - зрительной лучистости с двух сторон
020. Истинное недержание мочи возникает при поражении
- парацентральных долек передней центральной извилины
 - шейного отдела спинного мозга
 - поясничного утолщения спинного мозга
 - конского хвоста спинного мозга

Раздел 3 МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В НЕВРОЛОГИИ

001. 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
002. 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
003. В случае отсутствия блока субарахноидального пространства при пробе Квеккенштедта давление спинномозговой жидкости повышается
- а) в 10 раз
 - б) в 6 раз
 - в) в 4 раза
 - г) в 2 раза
004. Содержание хлоридов в спинномозговой жидкости в норме колеблется в пределах
- а) 80-110 ммоль/л
 - б) 40-60 ммоль/л
 - в) 200-260 ммоль/л
 - г) 120-130 ммоль/л
005. Для неосложненного застойного диска зрительного нерва характерно
- а) гиперемия, стертость границ диска
 - б) раннее снижение зрительной функции
 - в) сужение границ поля зрения
 - г) верно а) и б)
 - д) верно а) и в)
006. Эпидемиологический анамнез важен при подозрении
- а) на менингококковый менингит
 - б) на герпетический менингоэнцефалит
 - в) на грибковый менингит
 - г) на менингит, вызванный синегнойной палочкой

007. Для болезни Реклингхауза характерно появление на коже
- а) папулезной сыпи
 - б) телеангиэктазий
 - в) "кофейных" пятен
 - г) витилиго
 - д) розеолезной сыпи
008. Рефлекс Чеддока (патологический стопный рефлекс разгибательного типа) вызывают
- а) сдавлением икроножной мышцы
 - б) сдавлением ахиллова сухожилия
 - в) штриховым раздражением подошвы
 - г) штриховым раздражением кожи наружной лодыжки
009. 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
010. 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
011. 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
012. 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
013. 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

014. Двусторонний экзофтальм является признаком

- а) гиперпродукции тиреотропного гормона
- б) опухоли перекреста зрительных нервов
- в) роста краниофарингиомы вперед и вверх (в сторону передних клиновидных отростков турецкого седла)
- г) всего перечисленного
- д) верно б) и в)

015. Непарное заднее ядро глазодвигательного нерва (ядро Перлиа) обеспечивает реакцию зрачка

- а) на свет
- б) на болевое раздражение
- в) на конвергенцию
- г) на аккомодацию

016. Проведение отоневрологической калорической пробы противопоказано

- а) при остром нарушении мозгового кровообращения
- б) при внутричерепной гипертензии
- в) при коматозном состоянии
- г) при перфорации барабанной перепонки
- д) при всем перечисленном

017. 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

018. Интенционное дрожание и промахивание при выполнении пальце-носовой пробы характерно

- а) для статико-локомоторной атаксии
- б) для динамической атаксии
- в) для лобной атаксии
- г) для сенситивной атаксии

019. Для выявления сенситивной динамической атаксии следует попросить больного

- а) осуществить фланговую походку
- б) стать в позу Ромберга с закрытыми глазами
- в) стоя, отклониться назад

г) пройти с закрытыми глазами

020. Разрушение вершины пирамиды височной кости с четкими краями дефекта ("отрубленная" пирамида) является характерным рентгенологическим признаком

- а) невриномы слухового нерва
- б) невриномы тройничного нерва
- в) холестеатомы мостомозжечкового угла
- г) всех перечисленных новообразований

Раздел 4 ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

001. Для уменьшения процессов свободно-радикального окисления в раннем периоде черепно-мозговой травмы применяется

- а) аскорбиновая кислота
- б) дексаметазон
- в) фенobarбитал
- г) все перечисленное
- д) верно а) и б)

002. 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

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

- а) адреналина
- б) норадреналина
- в) мезатона
- г) дофамина

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

- а) ингибиторы МАО
- б) трициклические антидепрессанты
- в) нейролептики
- г) барбитураты
- д) все перечисленные препараты

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

- а) диазепам
- б) аминазин
- в) пропазин
- г) гексенал
- д) любой из перечисленных препаратов

006. Гиперактивацию симпатoadреналовой системы в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы подавляют

- а) нейролептиками
- б) антидепрессантами
- в) барбитуратами

- г) всеми перечисленными препаратами
- д) верно а) б)

007. Из перечисленных антибиотиков наибольшей способностью проникать через ГЭБ обладает

- а) цефалексин
- б) клиндамицин
- в) рифампицин
- г) цефтриаксон

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

- а) маннитол
- б) реополиглюкин
- в) полиглюкин
- г) альбумин
- д) 5% раствор глюкозы

009. 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

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

- а) циклодол
- б) пирацетам
- в) энцефабол
- г) галоперидол
- д) наком

011. К "дневным" транквилизаторам относится

- а) мидазолам (флормидал)
- б) нитразепам (эуноктин)
- в) диазепам (реланиум)
- г) тофизепам (грандаксин)

012. 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) правильно б) и в)

013. Для угнетения гиперактивности вестибуловегетативных рефлексов в остром периоде черепно-мозговой травмы назначают

- а) анаприлин
- б) беллатаминал
- в) метаклопрамид
- г) верно все перечисленное
- д) верно б) и в)

014. При аллергии к пенициллину не следует назначать

- а) гентамицин
- б) ампиокс
- в) биомицин
- г) левомицетин
- д) морфоциклин

015. Необходимым условием начала лечения больного с тяжелой черепно-мозговой травмой является

- а) введение в вену кардиотонических средств
- б) введение в вену антигипертензивных средств
- в) освобождение дыхательных путей от инородных тел
- г) верно а) и б)

016. При лечении тяжелой черепно-мозговой травмы в остром периоде для коррекции метаболического ацидоза показана внутривенная инфузия

- а) 5% раствора глюкозы
- б) 4% раствора бикарбоната натрия
- в) раствора поляризующей смеси
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

017. При комбинированной черепно-мозговой травме для лечения артериальной гипотензии в результате кровопотери предпочтение отдается назначению

- а) кардиотонических средств
- б) симпатомиметиков
- в) низкомолекулярных декстранов
- г) осмотических диуретиков

018. Для лечения посттравматической головной боли, обусловленной снижением внутричерепного давления, назначают вливания

- а) 5% раствора глюкозы
- б) 0.9% раствора хлорида натрия
- в) дистиллированной воды
- г) любого из препаратов

д) верно б) и в)

019. Для лечения посттравматической головной боли, обусловленной внутричерепной гипертензией, назначают

- а) центральные антигипертензивные средства
- б) осмотические диуретики
- в) петлевые диуретики
- г) все перечисленное
- д) верно б) и в)

020. Противопоказанием для лечебной физкультуры у больных с инсультом является

- а) нарушение всех видов чувствительности на стороне гемиплегии
- б) резкая болезненность суставов
- в) нарушение функции тазовых органов
- г) сердечная недостаточность II-III ст.
- д) нарушение координации

Раздел 5 ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

001. В основу классификации полинейропатий положен следующий принцип

- а) этиология заболевания
- б) особенность течения заболевания
- в) особенность клинической картины
- г) верно б) и в)
- д) верно все перечисленное

002. Фактором, определяющим поражение нервов при дифтерийной полинейропатии, является

- а) инфекционный
- б) токсический
- в) сосудистый
- г) метаболический
- д) все перечисленные

003. Синдром полинейропатии проявляется

- а) слабостью проксимальных отделов конечностей
- б) расстройством чувствительности в дистальных отделах конечностей
- в) вегетативными нарушениями в кистях и стопах
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

004. Для алкогольной полинейропатии характерно

- а) преимущественное поражение нижних конечностей
- б) преимущественное поражение верхних конечностей
- в) боли в голенях и стопах
- г) боли в предплечьях и кистях
- д) верно а) и в)
- е) верно б) и г)

005. Лекарственные полинейропатии чаще вызывают

- а) цитостатики
- б) гипотензивные препараты
- в) противотуберкулезные средства
- г) верно а) и в)
- д) верно а) и б)

006. Для дифтерийной полинейропатии не характерно наличие

- а) бульбарных расстройств
- б) тазовых расстройств
- в) расстройств глубокой чувствительности
- г) нарушения аккомодации
- д) сенсорной атаксии

007. Диабетическая полинейропатия развивается в результате
- а) поражения сосудов периферических нервов
 - б) нарушения метаболизма глюкозы
 - в) токсического повреждения миелина периферических нервов
 - г) всего перечисленного
 - д) верно а) и б)
008. Для свинцовой полинейропатии характерно наличие
- а) преимущественных парезов нижних конечностей
 - б) преимущественных парезов верхних конечностей
 - в) болей в конечностях
 - г) онемения в конечностях
 - д) всего перечисленного
 - е) верно б) и в)
009. Для мышьяковой полинейропатии характерно наличие
- а) преимущественных поражений нервов ног
 - б) багрово-синюшных полос на голенях
 - в) белых полос на ногтях
 - г) верно а) и в)
 - д) верно а) и б)
010. Сопутствующим симптомом полинейропатии при пернициозной анемии является
- а) снижение сывороточного железа в крови
 - б) фуникулярный миелоз
 - в) гиперацидный гастрит
 - г) все перечисленное
011. Полинейропатии, связанные с недостаточностью витамина В1, возникают
- а) при хроническом алкоголизме
 - б) при порфирии
 - в) при пеллагре
 - г) верно а) и б)
 - д) верно а) и в)
012. Для диабетической полинейропатии не характерно
- а) поражение черепных нервов
 - б) вегетативные расстройства
 - в) преимущественное поражение нервов верхних конечностей
 - г) нарушение вибрационной чувствительности
013. Полинейропатии при лейкозах возникают в результате
- а) эндолюмбального введения преднизолона
 - б) приема цитостатиков внутрь

- в) сдавления нервных стволов специфическими инфильтратами
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

014. Для уремической полинейропатии характерно
- а) снижение скорости проведения возбуждения по нервам
 - б) поражение черепных нервов
 - в) преобладание аксональной дегенерации
 - г) все перечисленное

015. Отличительными признаками острой перемежающейся порфирии являются
- а) выраженность сенсорной атаксии
 - б) выраженность болевого синдрома
 - в) тяжесть вялых параличей конечностей
 - г) черный цвет кала
 - д) красный цвет мочи

016. Характерными сопутствующими симптомами полинейропатии, вызванной миеломной болезнью, являются

- а) упорные боли в костях
- б) клеточно-белковая диссоциация в ликворе
- в) патологические переломы костей
- г) верно б) и в)
- д) верно а) и в)

017. Причиной наследственно обусловленной нейропатии может быть

- а) амилоидоз
- б) порфирия
- в) гепато-церебральная дистрофия
- г) все перечисленное
- д) верно а) и б)

018. Для компрессионной нейропатии локтевого нерва (синдром ущемления в области локтевого сустава) характерны

- а) слабость II, III пальцев кисти
- б) атрофия мышц возвышения мизинца
- в) боли по ульнарной поверхности кисти
- г) все перечисленное
- д) верно б) и в)

019. Для компрессионной нейропатии срединного нерва (синдром запястного канала) характерны

- а) слабость IV, V пальцев
- б) атрофия мышц возвышения большого пальца
- в) усиление болей в кисти при ее сгибании

- г) верно б) и в)
- д) верно а) и в)

020. Для синдрома ущемления малоберцового нерва в области подколенной ямки характерны

- а) слабость подошвенных сгибателей стопы
- б) гипотрофия перонеальной группы мышц
- в) гипалгезия наружной поверхности голени
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

Раздел 6 ИНФЕКЦИОННЫЕ И ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

001. Острый некротический энцефалит вызывают вирусы
- а) Коксаки
 - б) простого герпеса
 - в) кори
 - г) паротита
002. Лечение паротитного менингита включает все перечисленное, кроме
- а) кортикостероидов
 - б) дезоксирибонуклеазы
 - в) трипсина
 - г) аскорбиновой кислоты
 - д) глицерина
003. 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
004. К редким синдромам энцефалита Экономо относят
- а) глазодвигательные расстройства
 - б) патологические стопные знаки
 - в) нарушения сна
 - г) вегетативные расстройства
005. Для острого клещевого энцефалита не характерны
- а) заболевание в осенне-зимний период
 - б) менингоэнцефалитический синдром
 - в) повышение внутричерепного давления
 - г) вялые парезы и параличи мышц плечевого пояса
 - д) лихорадка в начале заболевания
006. Для вирусного двухволнового менингоэнцефалита не характерно наличие
- а) лихорадки
 - б) атрофических спинальных параличей
 - в) плеоцитоза в ликворе
 - г) радикулоневрита
007. Для герпетического энцефалита не характерно наличие
- а) общемозговых симптомов и нарушения сознания

- б) внутричерепной гипертензии и застоя на глазном дне
- в) судорожных приступов
- г) гемипарезов
- д) гемиатаксии

008. При вирусных энцефалитах в ликворе не наблюдается

- а) лимфоцитарный плеоцитоз
- б) увеличение содержания белка
- в) увеличение содержания глюкозы
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

009. Характерными электроэнцефалографическими признаками очаговых некротических повреждений головного мозга при герпетическом энцефалите являются

- а) диффузное снижение вольтажа волн
- б) появление δ - и θ -волн
- в) наличие пиков (спайков) и острых волн
- г) наличие асимметричных гигантских волн
- д) наличие сонных веретен

010. Из следующих противовирусных препаратов для лечения энцефалитов не применяется

- а) оксолин
- б) идоксуридин
- в) ацикловир
- г) аденозин-арабинозид

011. 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) присоединение синдрома инфекционно-токсического шока
- д) признаки застоя на глазном дне

012. Серозный менингит может быть вызван следующими бактериями

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

013. Наиболее эффективным антибиотиком при лечении гнойного менингита, вызванного синегнойной палочкой, является

- а) бензилпенициллин
- б) клиндамицин

- в) эритромицин
- г) гентамицин

014. Клиническую картину острого лимфоцитарного хориоменингита Армстронга отличает значительная выраженность

- а) высокой лихорадки
- б) менингеального синдрома
- в) гипертензионного синдрома
- г) нарушения сознания
- д) светобоязни

015. Для менингитов, вызванных вирусами Коксаки и ЕСНО, не характерно

- а) острое начало с лихорадкой
- б) полимиалгия
- в) оболочечно-гипертензионный синдром
- г) лимфоцитарный плеоцитоз
- д) тяжелое течение и грубые резидуальные симптомы

016. Значительное снижение уровня сахара в спинномозговой жидкости (до 0.1 г/л) характерно для менингита

- а) гриппозного
- б) пневмококкового
- в) паротитного
- г) туберкулезного
- д) сифилитического

017. При неустановленном возбудителе бактериального гнойного менингита целесообразно применять

- а) цефалексин (цепорекс)
- б) клиндамицин (далацин)
- в) эритромицин (эритран)
- г) цефотаксим (клафоран)

018. Для лечения менингококкового менингита следует выбрать

- а) клиндамицин
- б) тетрациклин
- в) эритромицин
- г) канамицин
- д) левомецетин

019. Субарахноидальное кровоизлияние как осложнение основного заболевания встречается при менингите, вызванном

- а) пневмококком
- б) вирусом паротита
- в) клебсиеллой

- г) палочкой Афанасьева - Пфейффера
 - д) стрептококком
020. Абсцессы мозга как осложнение основного заболевания чаще встречаются при менингите, вызванном
- а) палочкой Афанасьева - Пфейффера
 - б) стафилококком
 - в) пневмококком
 - г) лептоспирами

Раздел 7
СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

001. Характерным признаком тромбоза внутренней сонной артерии является
- а) альтернирующий синдром Захарченко - Валленберга
 - б) альтернирующий синдром Вебера (парез глазодвигательного нерва и пирамидный синдром)
 - в) альтернирующий оптикопирамидный синдром
 - г) сенсорная афазия
 - д) все перечисленное
002. Закупорку экстракраниального отдела позвоночной артерии от закупорки интракраниального отдела отличает наличие
- а) классических альтернирующих синдромов
 - б) глазодвигательных расстройств
 - в) двигательных и чувствительных нарушений
 - г) "пятнистости" поражения ствола по длиннику
 - д) вестибуломозжечковых нарушений
003. К симптомам, не характерным для поражения левой передней мозговой артерии, относится
- а) нарушение психики
 - б) преобладание пареза в руке
 - в) хватательный рефлекс
 - г) моторная афазия
 - д) апраксия левой руки
004. Для поражения правой средней мозговой артерии не характерно наличие
- а) апраксии левой руки
 - б) левосторонней гемианопсии
 - в) левосторонней гемиплегии
 - г) анозогнозии
005. Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие
- а) гомонимной гемианопсии
 - б) битемпоральной гемианопсии
 - в) биназальной гемианопсии
 - г) концентрического сужения полей зрения
006. Синдром Захарченко - Валленберга (латеральный медулярный синдром) возникает при закупорке
- а) коротких циркулярных артерий моста
 - б) длинных циркулярных артерий моста
 - в) парамедианных артерий моста
 - г) нижней передней артерии мозжечка

д) нижней задней артерии мозжечка

007. К структурам эфферентной нервной регуляции мозгового кровообращения не относятся рецепторы

- а) синокаротидной зоны
- б) магистральных и мозговых сосудов
- в) вазомоторных центров ствола
- г) симпатических узлов на шее
- д) гипоталамуса

008. Главной функцией миогенного механизма регуляции мозгового кровообращения является обеспечение постоянства

- а) притока крови по артериям мозга
- б) кровотока в системе микроциркуляции
- в) оттока по интракраниальным венам
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

009. Не участвуют в гуморальном механизме регуляции мозгового кровообращения

- а) катехоламины
- б) пептиды
- в) липопротеины
- г) простагландины

010. Симпатикотоническая форма вегетативно-сосудистой дистонии характеризуется

- а) дистальным акроцианозом
- б) потливостью
- в) тахикардией
- г) снижением температуры тела
- д) диареей

011. В развитии недостаточности кровоснабжения мозга при атеросклерозе играют роль все перечисленные факторы, кроме

- а) стеноза магистральных сосудов на шее
- б) снижения перфузионного давления
- в) снижения эластичности эритроцитов
- г) снижения активности свертывающей системы

012. Очаговые поражения головного мозга редко наблюдаются

- а) при узелковом периартериите Куссмауля - Мейера
- б) при неспецифическом аорто-артериите (болезни Такаясу)
- в) при височном артериите Хортона - Магата - Брауна
- г) при облитерирующем тромбангиите Винивартера - Бюргера
- д) при гранулематозном ангиите Вегенера

013. При шейном остеохондрозе чаще поражается артерия

- а) основная
- б) позвоночная
- в) внутренняя сонная
- г) наружная сонная
- д) затылочная

014. Решающим условием адекватного коллатерального кровообращения головного мозга является состояние

- а) тонуса и реактивности сосудов
- б) реологических свойств крови
- в) свертывающей-противосвертывающей системы
- г) архитектоники артериального круга мозга
- д) системной и центральной гемодинамики

015. Диагноз начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга устанавливают, если имеются

- а) церебральные жалобы, возникающие 1 раз в месяц на протяжении 1 года
- б) церебральные жалобы, возникающие чаще 1 раза в неделю на протяжении последних 3 месяцев
- в) нестойкая рассеянная церебральная микросимптоматика
- г) стойкая рассеянная церебральная микросимптоматика
- д) стойкая очаговая церебральная симптоматика

016. 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

017. Для декомпенсации начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга не характерно

- а) увеличение частоты эпизодов субъективных церебральных симптомов
- б) увеличение продолжительности эпизодов субъективных церебральных симптомов
- в) приобретение церебральными эпизодами характера кризов
- г) появление эпизодов в ночное время
- д) появление рассеянной очаговой симптоматики

018. Симптомы начальных проявлений недостаточности кровоснабжения головного мозга обычно бывают

- а) эпизодическими

- б) перманентными
- в) латентными
- г) верно а) и б)
- д) верно а) и в)

019. В основе головной боли при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения головного мозга может быть любой патогенетический механизм, кроме

- а) спазма артерий мозга
- б) гипотонии и дилатации артерий
- в) гипотонии и дилатации вен
- г) нарушения ликвороциркуляции
- д) повышенного напряжения мышц мягких покровов головы

020. Головокружение при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения головного мозга не сочетается

- а) с шумом в ушах
- б) с шумом в голове
- в) с неустойчивостью при ходьбе
- г) с нистагмом
- д) с ощущением дурноты

Раздел 8 ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

001. Наиболее частой причиной ортостатической гипотензии является

- а) передозировка гипотензивных препаратов
- б) диабетическая полиневропатия
- в) идиопатическая ортостатическая гипотензия
- г) заболевания сердца
- д) заболевания крови
- е) ничего из перечисленного

002. Поражение вегетативных волокон характерно для следующего варианта периферической нейропатии

- а) миелинопатии
- б) нейронопатии
- в) аксонопатии
- г) Валлеровского перерождения
- д) любого из перечисленного
- д) ничего из перечисленного

003. Феномен денервационной гиперчувствительности характерен для поражения

- а) преганглионарных симпатических нейронов
- б) постганглионарных симпатических нейронов
- в) преганглионарных парасимпатических нейронов
- г) постганглионарных парасимпатических нейронов
- д) верно а) и в)
- е) верно б) и г)

004. Для выявления феномена гиперчувствительности при денервации зрачка следует закапать в глаз

- а) 1% раствор адреналина
- б) 0.1% раствор адреналина
- в) 12.5% раствор пилокарпина
- г) 1.25% раствор пилокарпина
- д) верно а) и в)
- е) верно б) и г)

005. Феномен ортостатической гипотензии характеризуется снижением артериального давления в вертикальном положении

- а) систолического - на 20 мм рт. ст. и более
- б) систолического - на 30 мм рт. ст. и более
- в) диастолического - на 20 мм рт. ст. и более
- г) все перечисленное
- д) верно б) и в)

006. Для лечения ортостатической гипотензии, обусловленной периферической вегетативной недостаточностью, применяются следующие средства

- а) дексаметазон
- б) флудрокортизон
- в) симпатомиметики
- г) β -блокаторы
- д) верно а) и г)
- е) верно б) и в)

007. Наиболее частой причиной вегетативных кризов являются

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

008. Периферическая вегетативная недостаточность наблюдается при следующих вариантах диабетических полинейропатий

- а) проксимальной симметричной полинейропатии
- б) проксимальной асимметричной полинейропатии
- в) дистальной полинейропатии
- г) множественной мононейропатии
- д) все перечисленное
- е) ничего из перечисленного

009. Для базисной терапии вегетативных кризов применяются следующие препараты

- а) β -блокаторы
- б) беллатаминал
- в) клоназепам
- г) трициклические антидепрессанты
- д) верно в) и г)
- е) все перечисленные

010. 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

011. Вегетативные кризы часто сопровождаются следующими психопатологическими проявлениями

- а) тревогой ожидания
- б) агорафобией
- в) ограничительным поведением
- г) всеми перечисленными проявлениями
- д) верно а) и в)
- е) верно а) и б)

012. Вегетативные кризы приходится дифференцировать со следующими состояниями

- а) височной эпилепсией
- б) феохромоцитомой
- в) гипогликемией
- г) нейрогенной гипервентиляцией
- д) верно а), б) и в)
- е) все перечисленное

013. 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
- е) ничего из перечисленного

014. Поражение периферической (сегментарной) вегетативной нервной системы проявляется следующими синдромами

- а) периферической вегетативной недостаточностью
- б) ангиотрофалгическими синдромами
- в) нейрогенной тетанией
- г) кластерной головной болью
- д) верно а) и б)
- е) всеми перечисленными

015. Поражение центральной (надсегментарной) вегетативной нервной системы проявляется следующими синдромами

- а) рефлекторной симпатической дистрофией
- б) нейроэндокриннометаболическими расстройствами
- в) психовегетативным синдромом
- г) астеноневротическим синдромом
- д) верно б) и в)
- е) всеми перечисленными

016. 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

017. 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

018. Для синдрома рефлекторной симпатической дистрофии характерны

- а) снижение активности симпатической нервной системы
- б) снижение активности парасимпатической нервной системы
- в) диффузное повышение активности симпатической нервной системы
- г) регионарное повышение активности симпатической нервной системы
- д) верно а) и б)
- е) верно в) и г)

019. Для развернутой (дистрофической) стадии рефлекторной симпатической дистрофии характерны

- а) побледнение кожных покровов
- б) понижение температуры конечности
- в) гипергидроз
- г) отек конечности
- д) все перечисленное
- е) верно а), б) и г)

020. Наиболее эффективным методом лечения рефлекторной симпатической дистрофии является

- а) применение адреноблокаторов
- б) кортикостероидная терапия
- в) блокада регионарных симпатических узлов
- г) применение капсаицина
- д) иглорефлексотерапия
- е) физиотерапия

Раздел 9 НАСЛЕДСТВЕННЫЕ БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

001. Основными задачами медицинской генетики является изучение
а) законов наследственности и изменчивости человеческого организма
б) популяционной статистики наследственных заболеваний
в) молекулярных и биохимических аспектов наследственности
г) изменения наследственности под воздействием факторов окружающей среды
д) всего перечисленного
е) верно а) и б)
002. Доминантный признак по закону Менделя проявляется при скрещивании во втором поколении с частотой
а) 1:1
б) 2:1
в) 3:1
г) 4:1
д) 5:1
003. Доминантный ген - это ген, действие которого
а) выявляется в гетерозиготном состоянии
б) выявляется в гомозиготном состоянии
в) выявляется в гетеро- и гомозиготном состоянии
г) неверно все из перечисленного
004. Генотип организма представляет собой систему взаимодействия генов, при которой наследственные признаки определяются путем участия
а) одного гена в определении одного признака
б) одного гена в определении многих признаков
в) многих генов в определении одного признака
г) верно а) и в)
д) верно все перечисленное
005. Пробандом называют
а) здорового носителя мутантного гена
б) больного носителя мутантного гена
в) здорового родителя больного с признаками наследственного заболевания
г) ребенка, больного наследственным заболеванием
006. Сибсом называют
а) здорового родителя больного наследственным заболеванием
б) ребенка больного наследственным заболеванием
в) родного брата или сестру (но не близнецов) больного наследственным заболеванием

- г) верно а) и в)
- д) верно б) и в)

007. Фенотип - это совокупность признаков и свойств организма, проявление которых обусловлено

- а) действием доминантного гена
- б) действием рецессивного гена
- в) взаимодействием генотипа с факторами среды
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

008. Кариотип - это совокупность особенностей хромосомного набора (комплекса) клетки, определяющаяся

- а) числом половых хромосом
- б) формой хромосом
- в) структурой хромосом
- г) всем перечисленным
- д) верно а) и б)

009. Аутомно-доминантный тип наследования отличается

- а) преимущественным поражением лиц мужского пола
- б) преобладанием в поколении больных членов семьи
- в) проявлением патологического наследуемого признака во всех поколениях без пропуска
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

010. Аутомно-рецессивный тип наследования отличается тем, что

- а) соотношение здоровых и больных членов семьи равно 1:1
- б) заболевание не связано с кровным родством
- в) родители первого выявленного больного клинически здоровы
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

011. Рecessивный тип наследования, связанный с X-хромосомой (сцепленный с полом), отличается тем, что

- а) соотношение больных мужчин в каждом поколении равно 2:1
- б) заболевают только мужчины
- в) заболевают только женщины
- г) признаки болезни обязательно находят у матери пробанда
- д) неверно все перечисленное

012. Причиной хромосомных заболеваний могут быть

- а) изменения числа хромосом
- б) изменения размера хромосом

- в) нарушения структуры хромосом
- г) влияние факторов внешней среды
- д) верно а), б) и в)
- е) все перечисленное

013. Фенотипическими признаками хромосомных болезней являются

- а) нарушения психического развития
- б) нарушения физического развития
- в) множественные пороки развития
- г) все перечисленные

014. Индуцированный мутагенез вызывают следующие факторы

- а) ультрафиолетовые лучи
- б) проникающая радиация
- в) химические вещества
- г) вирусы
- д) все перечисленные факторы
- е) верно б) и г)

015. В основу классификации наследственных болезней, учитывающей их генетическую природу, положены особенности

- а) генных мутаций
- б) хромосомных мутаций
- в) количественных изменений хромосом
- г) верно а) и в)
- д) все перечисленное

016. Основным биохимическим признаком фенилкетонурии является повышение содержания

- а) ванилилминдальной кислоты
- б) диоксифенилуксусной кислоты
- в) дигидроксифенилэтанола
- г) фенилпировиноградной кислоты
- д) всего перечисленного
- е) верно б) и в)

017. Для клинических проявлений гликогеновой миопатии (болезнь Мак-Арделя) является характерным наличие

- а) болезненных пароксизмов в мышцах
- б) патологической мышечной утомляемости
- в) псевдогипертрофии мышц голени
- г) верно а) и б)
- д) всего перечисленного

018. При поздней форме амавротической идиопатии Куфса у взрослых наблюдают

- а) глухоту
- б) эпилептические припадки
- в) экстрапирамидные нарушения
- г) мозжечковые нарушения
- д) верно а) и б)
- е) все перечисленное

019. Нарушение движений при ювенильной форме амавротической идиотии Баттена - Шпильмейра - Фогта

обусловлено поражением

- а) экстрапирамидных систем
- б) пирамидных систем
- в) мозжечковых систем
- г) периферических нервов
- д) всего перечисленного, кроме в)
- е) всего перечисленного, кроме г)

020. Поражение нервной системы при лейкодистрофии происходит в результате

- а) избыточного накопления липидов в нервных клетках
- б) утраты липидов нервными клетками
- в) распада липидов миелина и накопления продуктов распада в центральной нервной системе
- г) всего перечисленного
- д) верно а) и в)

021. Для порфирии является характерным наличие

- а) абдоминальных болей
- б) синдрома полинейропатии
- в) порфобилиногена в моче
- г) всего перечисленного
- д) верно б) и в)

Раздел 10 ТРАВМЫ И ОПУХОЛИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

001. 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
002. 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
003. 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
004. 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
005. 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
006. Развитие при черепно-мозговой травме гемипареза свидетельствует
- а) о внутричерепной гематоме
 - б) об ушибе мозга
 - в) о переломе костей черепа
 - г) о всем перечисленном
 - д) верно а) и б)
007. Тяжесть черепно-мозговой травмы определяется по глубине и продолжительности
- а) амнезии
 - б) расстройства жизненно важных функций

- в) гемипареза
- г) всего перечисленного
- д) верно а) и б)

008. Наиболее постоянными очаговыми симптомами при эпидуральной гематоме являются

- а) расширение зрачка на стороне гематомы
- б) расширение зрачка на противоположной стороне
- в) гемипарез на стороне гематомы
- г) гемипарез на противоположной стороне
- д) верно а) и г)
- е) верно б) и в)

009. Характерные диагностические признаки субдуральной гематомы получают

- а) при компьютерной томографии
- б) при ангиографии
- в) при эхоэнцефалографии
- г) при всем перечисленном
- д) верно а) и в)

010. 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

011. Осложнение черепно-мозговой травмы кровоизлиянием в желудочки мозга характеризуется появлением в клинической картине

- а) плавающего взора
- б) горметонического синдрома
- в) гиперкатаболического типа вегетативных функций
- г) нарушения сознания
- д) двусторонних пирамидных стопных знаков

012. Положительные диагностические признаки субарахноидального кровоизлияния могут быть получены

- а) при люмбальной пункции
- б) при ангиографии
- в) при компьютерной томографии
- г) при всех перечисленных методах
- д) верно а) и в)

013. Острая субдуральная гематома на компьютерной томограмме характеризуется зоной

- а) гомогенного повышения плотности
- б) гомогенного понижения плотности
- в) неоднородного повышения плотности
- г) отека мозга

014. Электроэнцефалографическими признаками поверхностно расположенной супратенториальной опухоли является регистрация

- а) ?-волн в отведении с ограниченного участка
- б) ?-волн во всех полушарных отведениях
- в) ?-волн в симметричных участках обоих полушарий
- г) верно а) и б)
- д) достоверных признаков не существует

015. Нарастание мидриаса на стороне эпидуральной гематомы и гемипареза на другой стороне обусловлено

- а) асимметричной гидроцефалией
- б) сдавлением коры моторной области
- в) ущемлением ствола в затылочном отверстии
- г) сдавлением ножки мозга
- д) верно а) и б)

016. 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

017. Для опухоли премоторной 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

018. Проникающей называют черепно-мозговую травму

- а) при ушибленной ране мягких тканей
- б) при повреждении апоневроза
- в) при переломе костей свода черепа
- г) при повреждении твердой мозговой оболочки
- д) при всех перечисленных вариантах

019. Необходимым условием начала лечения

больного с тяжелой черепно-мозговой травмой является

- а) введение в вену кардиотонических средств

- б) введение в вену антигипертензивных средств
- в) освобождение дыхательных путей от инородных тел
- г) верно а) и б)

020. Церебральными осложнениями эпидуральной гематомы являются

- а) отек мозга
- б) компрессия мозга
- в) дислокация мозга
- г) нарушение гематоэнцефалического барьера
- д) все перечисленные
- е) верно б) и в)

Раздел 11 НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В НЕВРОПАТОЛОГИИ

001. Компьютерная томография мозга противопоказана, если у больного с поражением головного мозга

- а) диагностирован инфаркт миокарда
- б) появились признаки поражения ствола
- в) бессознательное состояние
- г) лучевая болезнь
- д) все перечисленное

002. Симптом "вклинивания" при проведении люмбальной пункции у больного с объемным спинальным процессом характеризуется

- а) усилением корешковых болей при сдавлении шейных вен
- б) нарастанием неврологической симптоматики при давлении на переднюю брюшную стенку
- в) усилением корешковых болей при сгибании головы к груди
- г) нарастанием неврологической симптоматики после пункции

003. 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) присоединение инфекционно-токсического шока

004. Потеря сознания при синкопальном состоянии обычно длится не более

- а) 10 с
- б) 1 мин
- в) 3 мин
- г) 5 мин

005. Компьютерная томография выявляет зону гиподенсивности в очаге ишемического инсульта от начала заболевания через

- а) 1 ч
- б) 2 ч
- в) 4 ч
- г) 6 ч и более

006. Для коматозного состояния не характерно

- а) снижение сухожильных рефлексов
- б) двусторонний симптом Бабинского
- в) угнетение брюшных рефлексов
- г) угнетение зрачковых реакций
- д) целенаправленные защитные реакции

007. Для наблюдения за динамикой ангиоспазма

у больного со спонтанным субарахноидальным кровоизлиянием наиболее целесообразно использовать

- а) ангиографию
- б) реоэнцефалографию
- в) компьютерную томографию
- г) транскраниальную доплерографию

008. Главной причиной церебральной ишемии при остром инфаркте миокарда с нарушением ритма (кардиоцеребральный 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

009. Решающее влияние на прогноз больных с преходящим нарушением мозгового кровообращения оказывает

- а) адекватный уровень артериального давления
- б) состояние вязкости и текучести крови
- в) состояние свертывающей системы крови
- г) сохранная проходимость приводящих артерий
- д) продолжительность эпизодов преходящей ишемии

010. К развитию тромбоза мозговых артерий не приводит

- а) снижение артериального давления и замедление кровотока
- б) повышение вязкости и агрегации
- в) повышение коагуляционной активности крови
- г) повышение фибринолитической активности крови

011. Чтобы купировать мышечные проявления нейрогенного гипервентиляционного синдрома, назначают

- а) прозерин
- б) глюконат или хлорид кальция
- в) хлорид натрия
- г) хлорид калия
- д) все перечисленное
- е) верно а) и б)

012. Мышечно-тонические пароксизмы сопровождают следующие формы вегетативных кризов

- а) симпатoadреналовый
- б) вагоинсулярный
- в) смешанный (вагосимпатический)
- г) криз при гипервентиляционном синдроме
- д) нейрогенный обморок

013. Внутримозговое обкрадывание очага ишемического инсульта наступает в результате
- а) нарушения ауторегуляции кровообращения в очаге
 - б) спазма сосудов пораженного участка мозга
 - в) спазма сосудов неповрежденных отделов мозга
 - г) расширения "здоровых" сосудов неповрежденных отделов мозга
 - д) раскрытия артериовенозных анастомозов
014. Для I-й стадии синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания не характерно наличие
- а) гипокоагуляции
 - б) гиперкоагуляции
 - в) внутрисосудистой агрегации форменных элементов
 - г) блокады микроциркуляции
015. Для тромбоза мозговых сосудов наиболее характерно
- а) наличие в анамнезе транзиторных ишемических атак
 - б) наличие симптомов предвестников
 - в) постепенное формирование очаговой симптоматики
 - г) малая выраженность общемозговой симптоматики
 - д) отсутствие смещения М-эха
016. Для купирования мигренозного статуса не применяются препараты
- а) противосудорожные и противорвотные
 - б) дегидратирующие и глюкокортикоиды
 - в) антихолинергические и антихолинэстеразные
 - г) транквилизаторы и антидепрессанты
 - д) антигистаминные и анальгетики
017. Для инсульта, развивающегося по механизму сосудистой мозговой недостаточности, не характерно наличие
- а) высокого артериального давления
 - б) низкого артериального давления
 - в) ортостатических эпизодов в анамнезе
 - г) острой сердечной недостаточности
018. Для купирования приступа мигрени наиболее эффективны препараты
- а) эрготамина
 - б) анальгетики
 - в) антигистаминовые
 - г) антисеротониновые
 - д) противосудорожные
019. Показанием к гиперволемической гемодилюции

при ишемическом инсульте является наличие

- а) анурии
- б) сердечной недостаточности
- в) артериального давления ниже 120/60 мм рт. ст.
- г) артериального давления выше 200/100 мм рт. ст.
- д) гематокрита 42%

020. Фибринолитическая терапия при закупорке сосудов мозга целесообразна в случае

- а) молодого возраста больного
- б) продолжительности закупорки менее 6 часов
- в) отсутствия анурии
- г) геморрагического синдрома
- д) артериального давления ниже 200/100 мм рт. ст.

Раздел 12 ПСИХОНЕВРОЛОГИЯ, СОМАТОНЕВРОЛОГИЯ

001. Особенностью проявлений различных синдромов поражения нервной системы при заболеваниях печени является

- а) острое начало и молниеносное течение
- б) острое начало со стабильным неврологическим дефицитом в последующие годы
- в) постепенное начало заболевания с неуклонно прогрессирующим течением
- г) постепенное начало заболевания с ремиттирующим течением неврологических проявлений
- д) острое начало и практическое полное выздоровление без рецидивов

002. Ранними формами неврологических осложнений при заболевании печени являются

- а) экстрапирамидные нарушения
- б) нарушения психики
- в) неврастенический синдром
- г) полинейропатия

003. При вирусном гепатите наиболее часто наблюдается

- а) энцефалопатия
- б) миелопатия
- в) полирадикулонейропатия
- г) множественная нейропатия

004. При хроническом гепатоцеребральном синдроме в результате цирроза печени наступает

- а) деменция
- б) атаксия
- в) хореоатетодный гиперкинез
- г) дизартрия
- д) все перечисленное
- е) верно б) и в)

005. Типичным параклиническим признаком портосистемной энцефалопатии (с портальной гипертензией) является

- а) повышение уровня церулоплазмينا в крови
- б) повышение выведения меди с мочой
- в) повышение концентрации аммиака в крови
- г) понижение концентрации аммиака в крови
- д) верно а) и б)

006. При лечении печеночной энцефалопатии с портальной гипертензией (портосистемная форма) средствами первого выбора являются

- а) глюкокортикоидные препараты

- б) ограничение введения белка с пищей
- в) неадсорбируемые антибиотики
- г) экстракорпоральная гемосорбция
- д) верно а) и г)
- е) верно б) и в)

007. Основным причинным фактором развития полинейропатии при заболеваниях желудочно-кишечного тракта является дефицит

- а) белка
- б) жиров
- в) углеводов
- г) витаминов В1 и В12
- д) верно а) и г)
- е) все перечисленное

008. Наиболее частыми проявлениями полинейропатии при заболеваниях желудочно-кишечного тракта являются

- а) двигательные нарушения
- б) чувствительные нарушения
- в) вегетативно-трофические нарушения
- г) все перечисленные
- д) верно б) и в)

009. Для синдрома фуникулярного миелоза характерно

- а) сенситивная атаксия
- б) пирамидная недостаточность
- в) вялые парезы ног
- г) полинейропатия
- д) все перечисленное
- е) все перечисленное, кроме в)

010. Развитие фуникулярного миелоза обусловлено нарушением метаболизма

- а) витамина В12
- б) витамина В1
- в) фолиевой кислоты
- г) всего перечисленного

011. Наиболее частыми клиническими проявлениями фуникулярного миелоза являются

- а) мозжечковая атаксия
- б) сенситивная атаксия
- в) нижний спастический парапарез
- г) нижний вялый парапарез
- д) верно а) и г)
- е) верно б) и в)

012. Наиболее часто при фуникулярном миелозе встречается триада симптомов

- а) парестезии, нарушение глубокой чувствительности, парез нижних конечностей
- б) офтальмоплегия, спастический тонус нижних конечностей, расстройства функций тазовых органов
- в) нарушение глубокой чувствительности, расстройства сфинктеров, вялый парез нижних конечностей
- г) корсаковский синдром, сенсорная и моторная полинейропатия
- д) все перечисленное неверно

013. Для заболеваний почек с симптомами хронической почечной недостаточности наиболее характерны следующие синдромы поражения нервной системы

- а) сенсо-моторная полинейропатия
- б) хроническая ренальная энцефалопатия
- в) уремическая кома
- г) острое нарушение мозгового кровообращения
- д) верно а) и б)
- е) верно в) и г)

014. При лечении печеночной энцефалопатии без портальной гипертензии средствами первого выбора являются

- а) неадсорбируемые антибиотики
- б) кортикостероидные препараты
- в) экстракорпоральная гемосорбция
- г) ограничение потребления белка
- д) верно а) и г)
- е) верно б) и в)

015. Для уремической полинейропатии не характерны

- а) дистальные сенсорные нарушения
- б) моторные нарушения с выраженными вялыми парезами
- в) сенсомоторные нарушения
- г) преобладание нарушений в нижних конечностях

016. Наибольшая эффективность патогенетического и симптоматического лечения неврологических осложнений хронической почечной недостаточности обеспечивается

- а) при гемодиализе
- б) при пересадке почки
- в) при компенсации метаболического ацидоза
- г) при непрерывной гипотензивной терапии
- д) верно а) и б)
- е) верно в) и г)

017. При острых заболеваниях бронхов и легких церебральные неврологические осложнения обусловлены развитием

- а) ишемической (дисциркуляторной) гипоксии
- б) гипоксической гипоксии
- в) анемической гипоксии
- г) метаболической гипоксии
- д) комбинированной гипоксии

018. При хронических заболеваниях бронхов и легких неврологические осложнения обусловлены развитием

- а) ишемической (дисциркуляторной) гипоксии
- б) гипоксической гипоксии
- в) анемической гипоксии
- г) метаболической гипоксии
- д) комбинированной гипоксии

019. При пневмококковой пневмонии наиболее частым неврологическим осложнением является

- а) полинейропатия
- б) миелопатия
- в) энцефалопатия
- г) менингит
- д) все перечисленное

020. При хронических заболеваниях бронхов и легких, осложненных эмфиземой, наиболее характерны явления энцефалопатии

- а) с преобладанием очаговой симптоматики
- б) с преобладанием общемозговой симптоматики
- в) с повышением внутричерепного давления и затруднением венозного оттока
- г) с преобладанием мозжечковой симптоматики
- д) верно а) и г)
- е) верно б) и в)

Раздел 13 ОСНОВЫ РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ

001. В результате аварии на ЧАЭС воздействию радиоактивного йода подверглись следующие контингенты

- а) все ликвидаторы аварии
- б) ликвидаторы и население, находившееся в зоне радиоактивного загрязнения в первые два месяца

после аварии

- в) ликвидаторы 1987-1990 гг.
- г) дети, родившиеся в зоне радиоактивного загрязнения после 1987 г

002. В 1986 г наиболее высокие дозы облучения щитовидной железы чаще всего встречались у следующих контингентов

- а) дошкольников
- б) школьников
- в) подростков
- г) взрослого населения
- д) ликвидаторов

003. При острой лучевой болезни клинические изменения обязательно имеют место

- а) в центральной нервной системе
- б) в сердечно-сосудистой системе
- в) в системе органов кроветворения
- г) в пищеварительной системе
- д) в иммунной системе

004. Клиническим симптомом, наиболее рано возникающим при острой лучевой болезни, является

- а) тошнота и рвота
- б) лейкопения
- в) эритема кожи
- г) выпадение волос
- д) жидкий стул

005. Пороговая доза излучения для развития острой лучевой болезни составляет

- а) 0.5 Гр
- б) 1 Гр
- в) 2 Гр
- г) 3 Гр
- д) 4 Гр

006. Наиболее ранним изменением клинического анализа крови при острой лучевой болезни является уменьшение содержания

- а) эритроцитов
- б) лейкоцитов

- в) нейтрофилов
- г) лимфоцитов
- д) тромбоцитов

007. Минимальная доза излучения, вызывающая развитие хронической лучевой болезни, составляет

- а) 1.5 Гр
- б) 1 Гр
- в) 0.5 Гр
- г) 0.1 Гр
- д) любая

008. Минимальная доза излучения, вызывающая выпадение волос у человека, составляет

- а) 0.25 Гр
- б) 0.5 Гр
- в) 1 Гр
- г) 1.5 Гр
- д) 2 Гр

009. Единица активности

- а) Рентген
- б) Грей
- в) Беккерель
- г) Рад
- д) Зиверт

010. Назначение медикаментозных препаратов, ускоряющих выведение радионуклидов из организма, показано

- а) лицам, проживающим на территориях с уровнем загрязнения по цезию более 40 Ки/км²
- б) лицам, содержащим в организме активность большую, чем допустимая по Нормам радиационной безопасности
- в) детям, проживающим на загрязненных территориях
- г) беременным женщинам, проживающим на загрязненных территориях

011. В настоящее время наибольшее содержание цезия в организме встречается у следующих контингентов

- а) детей
- б) подростков
- в) взрослых
- г) пенсионеров
- д) беременных женщин

012. Из перечисленных радионуклидов в настоящее время в организме людей, проживающих в зоне радиоактивного загрязнения, не встречается

- а) йод
- б) цезий
- в) стронций
- г) плутоний
- д) радий

013. "Малыми" принято называть дозы

- а) не вызывающие лучевую болезнь
- б) не вызывающие хромосомные повреждения
- в) не вызывающие генные поломки
- г) не вызывающие специфические изменения в отдельном организме, а вызывающие статистически выявленные изменения в состоянии здоровья группы лиц
- д) меньшие, чем допустимые дозы облучения

014. После облучения мужских гонад наиболее характерными изменениями являются

- а) нарушение половой потенции
- б) гипоспермия
- в) водянка яичка
- г) наследственные болезни у детей
- д) снижение в крови тестостерона

015. Единицы поглощенной дозы

- а) Грей
- б) Зиверт
- в) Рентген
- г) Кюри
- д) Бэр

016. Лимфопения, выявленная у больного в течение первых суток после облучения, обусловлена

- а) локальным внешним облучением конечности
- б) поступлением радионуклидов внутрь
- в) внешним облучением туловища в дозе менее 0.5 Гр
- г) внешним облучением туловища в дозе более 1 Гр
- д) заболеванием, не связанным с облучением

017. Мероприятие, которое нужно проводить по предупреждению медицинского облучения плода на начальных сроках беременности

- а) производить рентгеновские исследования в первые 10 дней менструального цикла
- б) производить рентгеновские исследования во второй половине менструального цикла

- в) не использовать флюорографию у женщин детородного возраста
- г) перед рентгеновским исследованием направить женщину на осмотр к гинекологу

018. Прерывание беременности по медицинским показаниям можно рекомендовать женщине, подвергшейся облучению, в следующем случае

- а) при поглощенной дозе на плод более 0.1 Гр
- б) при поглощенной дозе на плод более 0.5 Гр
- в) при поглощенной дозе на плод более 1 Гр
- г) при облучении в дозе, превышающей допустимый уровень по Нормам радиационной безопасности

019. Число случаев острой лучевой болезни в настоящее время во всем мире составляет

- а) несколько десятков
- б) несколько сотен
- в) несколько тысяч
- г) несколько миллионов

020. Опасность, которую может представлять больной после внешнего γ -облучения для медицинского персонала

- а) от тела больного исходит γ -излучение
- б) больной выделяет с мочой радионуклиды
- в) не представляет опасности

Контрольные ситуационные задачи:

Задача 1. Больной С., 48 лет, грузчик, днем на работе неожиданно почувствовал себя плохо, острую резкую головную боль и тут же упал, потеряв сознание. Бригадой ССМП доставлен в приемный покой неврологического отделения. При поступлении: без сознания, отсутствуют открывание глаз. Двигательный и вербальный ответ. Запаха алкоголя не ощущается. Положительны менингеальные симптомы: ригидность мышц затылка на 3 см, симптом Кернига слева под углом 145°. Мидриаз и симптом паруса справа. Диффузная мышечная гипотония, глубокие рефлекс угнетены, правая стопа ротирована наружу. Кожные покровы тела гиперенированы, температура тела 38,0°C.

АД 240/110. При опускании поднятых верхних конечностей правая рука падает как плеть.

Вопросы: 1. Укажите характер и выраженность комы, 2. поставьте предполагаемый диагноз, 3. с диагностической целью, в первую очередь необходимо произвести: а) люмбальную пункцию, б) ЭХО-энцефалографию, в) компьютерную томографию головы, г) магнитно-резонансную томографию головы.

Задача 2. Больной Ш., 56 лет, инвалид 2-й группы, страдающий болезнью Паркинсона (3-я стадия по классификации Хена и Яра), помимо общей скованности и замедленности движений, отмечает ухудшение самочувствия за последние полгода в виде резкого снижения потенции и возникновению обморочных состояний при переходе в вертикальное положение. При обследовании пациента, помимо ортостатической гипотензии и импотенции, выявлены так же тахикардия в покое (90 в 1 мин.), артериальная гипертензия в положении лежа (180/100 мм рт.ст.), гипогидроз, гастропарез, нестабильный стул (запоры, диарея), недержание мочи, снижение зрения в сумерках, апноэ во сне.

Вопрос: Данный симптомокомплекс вегетативной дисфункции является характерным для: а) надсегментарного психовегетативного синдрома вегетативной дистонии; б) синдрома прогрессирующей вегетативной недостаточности; в) сосудисто-трофически-алгического синдрома в конечностях.

Задача 3. У больной С., 34 лет, медсестры, спустя 3 недели после трагической смерти сестры, днем неожиданно развился приступ в виде сильного сердцебиения, ощущения нехватки воздуха, выраженного страха смерти, озноба, тошноты, давящей боли в левой половине грудной клетки, головокружения с ощущением предобморочного состояния, страха сойти с ума. Продолжительность приступа около 3-х часов. В последующем приступы стали повторяться с частотой 1-2 раза в неделю. Особенно плохо чувствует себя в многолюдной обстановке.

Обнаружено: В неврологическом и соматическом статусе без очаговой симптоматики. Пульс в покое 78 уд. в мин., АД 130/70 мм рт.ст. Анализы крови и мочи, данные параклинических методов исследования (глазное дно, ЭЭГ, УЗДГ, МРТ головы) в пределах нормы.

Вопрос: Укажите характер параксизма: а) транзиторные ишемические атаки; б) малые панические атаки с агорафобией; в) малые панические атаки без агорафобий; г) развернутые панические атаки с агорафобией; д) развернутые панические атаки без агорафобий; е) «обезглавленная» мигрень.

Задача 4. Больной С., 45 лет, газосварщик (трудовой стаж 24 года) предъявляет жалобы на стойкие ноющие боли в пальцах рук с частым возникновением побледнения пальцев с ощущением их онемения, зябкости. Указанные проявления беспокоят около 10 месяцев. При объективном осмотре выявлены полиневральная гипестезия на руках в форме перчаток, стойкое побледнение кожных покровов дистальных отделов рук. Со стороны рефлекторной, двигательной и координаторной сфер, соматического статуса без патологических изменений. Положительны холодовая проба и проба Боголепова. На рентгенограммах кистей отмечаются явления кистовидной перестройки костной структуры. Результаты электронейромиографии выявляют снижение скорости проведения нервных импульсов по чувствительным волокнам периферических нервов верхних конечностей.

Вопросы: 1. Поставьте предполагаемый диагноз, укажите ведущий клинический синдром, стадию болезни. 2. Укажите, какую степень переохлаждения отражает адинамическая форма: а) легкую; б) среднюю; в) тяжелую.

Задача 5. Больная В., 33 лет, каменщица (стаж работы 10 лет) последние полгода предъявляет жалобы на периодические боли колюще-давящего характера в кисти пальцев правой руки, в дневное и ночное время, по ночам частые эпизоды ощущения онемения и ползания мурашек в пальцах руки, пробуждающие больную. При неврологическом осмотре выявлены гипестезия кончиков II и III пальцев легкая гипотрофия мышц тенара, руки. При перкуссии на уровне лучезапястной складки кожи, а также после сдавления правого плеча манжетой тонометра до исчезновения пульса на лучевой артерии в течение 1 мин. пациентка отмечает возникновение ощущения онемения и покалывания в кончиках II и III пальцев правой руки.

Вопрос: Поставьте клинический диагноз. Укажите этиологию заболевания.

Задача 6. Больной Т., 36 лет, вполне успешный писатель, имеет устоявшуюся особенность по утрам, проснувшись, прежде чем открыть глаза, сначала ощупывать свое лицо руками, и лишь, убедившись в активной здравии, решается, наконец, открыть глаза. Впервые данное состояние развилось 12 лет назад, на следующий день после похорон трагически погибшего друга. Сохраняет критическое состояние к своему заболеванию, пытался справиться самостоятельно, но безуспешно. В неврологическом статусе без патологических изменений.

Вопросы: 1. Каким заболеванием страдает пациент? 2. Укажите наиболее эффективную реабилитационную схему в данном случае (изолированное медикаментозное или психотерапевтическое лечение; комбинированная медикаментозная и немедикаментозная терапия).

Задача 7. Больной С., 40 лет, авиадиспетчер, стал предъявлять жалобы на повышенную раздражительность, быструю утомляемость и общую слабость, эмоциональную несдержанность и гневливость, постоянную сжимающую головную боль (как будто бы на голову надета каска), ухудшение сна (трудно засыпает, сон поверхностный и коротких, а утром нет ощущения отдыха), периодически головокружение (типа обносит голову), учащенное сердцебиение и частые ноющие-давящие боли в области сердца, нестабильное артериальное давление с тенденцией к повышению (до 150/90 мм рт.ст.). Указанные жалобы

развились постепенно в течение последних 4-6 месяцев без видимых причин. В неврологическом и соматическом статусе без патологических изменений. Данные глазного дна, ЭЭГ, УЗДГ, МРТ головы в пределах нормы. Результаты ЭМГ свидетельствуют об активации перикраниальных мышц.

Вопрос: 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Укажите форму заболевания. 3. Укажите тип головной боли.

Задача 8. Больная Г., 50 лет, штукатур-маляр, жалуется на выраженную слабость в правых конечностях с затруднением ходьбы и повседневной деятельности. Считает себя больной около 2-х недель, заболевание связывает с травмой головы – 4 месяца назад, дома, поскользнувшись, упала навзничь на пол. Теряла ли сознание не помнит, в больницу по поводу травмы головы не обращалась. Работала. Из анамнеза жизни: разведена около года назад (муж злоупотреблял алкоголем), воспитывает дочь 15 лет. Проживает с дочерью в общежитии, отмечает конфликтные отношения с соседками. В неврологическом статусе: правосторонний гемипарез с сохранностью автоматических функций – паретичные конечности участвуют в оборонительных опорных, экспрессивных двигательных актах. Походка вычурная, с трудом отрывает ноги от пола. Двигательные расстройства сопровождаются диффузной мышечной гипотонией и симметричным оживлением глубоких рефлексов с конечностей. Патологических симптомов не определяется. Брюшные рефлексы живые. Данные параклинических методов исследования (глазное дно, МРТ головы, УЗДГ) в пределах нормы.

Вопросы: 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Укажите характер гемипареза.

Задача 9. Больной Х., 15 лет, школьник, жалуется на частые ноющие боли в левой руке, снижение температурной и болевой чувствительности на этой руке. Боли в левой руке появились около полгода назад после интенсивной спортивной тренировки (волейбол). Вскоре же стал отмечать снижение температурной чувствительности на левой руке. В неврологическом статусе: синдром Горнера слева, снижение мышечной силы (4 балла) и глубоких рефлексов на левой руке, гипестезия по сегментарно-диссоциированному типу в виде полукуртки слева от С5 до Д7, мраморная окраска и снижение кожной температуры левой кисти. Анализы крови и мочи без патологии. По данным МРТ головы отмечается опущение миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие на 5 мм. Результат КТ спины выявляет расширение центрального канала спинного мозга на шейно-грудном уровне.

Вопросы: 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Укажите тип патогенеза заболевания.

**Вопросы для собеседования
в рамках квалификационного экзамена
по специальности "Неврология"**

1. Путь произвольных движений. Периферический (вялый) и центральный (спастический) паралич
2. Симптоматология двигательных нарушений различных уровней спинного мозга (верхние шейные сегменты, шейное утолщение, грудные сегменты, поясничное утолщение)
3. Синдром половинного поражения спинного мозга (синдром Броун – Сикара)
4. Внутренняя капсула. Анатомия и симптомы поражения
5. Анатомия и физиология экстрапирамидной системы, основные ее связи
6. Стриарные синдромы. Виды гиперкинезов
7. Паллидарный синдром (паркинсонизм)
8. Мозжечок, анатомия, функции, симптомы поражения мозжечка
9. Афферентные и эфферентные пути мозжечка
10. Чувствительные проводящие пути спинного и головного мозга. Зрительный бугор
11. Виды чувствительных нарушений (симптомы раздражения и выпадения) и типы чувствительных нарушений (периферический, полиневральный, корешковый, сегментарно-диссоциированный, проводниковый, гемитип, корковый тип)...
12. Виды атаксий (заднестолбовая, вестибулярная, мозжечковая, лобная)
13. Обоняние и вкус, анатомия, физиология и симптомы поражения
14. Зрительный анализатор. Анатомия, физиология, симптомы поражения
15. Варианты гемианопсий
16. Анатомия, физиология и клиника поражения глазодвигательного нерва
17. Анатомия, физиология и симптомы поражения блокового и отводящего нервов
18. Иннервация зрения. Анатомия и симптомы поражения
19. Анатомия, физиология и симптомы поражения тройничного нерва
20. Анатомия, физиология и симптомы поражения лицевого нерва
21. Анатомия, физиология и симптомы поражения кохлеовестибулярного нерва
22. Анатомия, физиология и симптомы поражения языкоглоточного и блуждающего нервов
23. Анатомия, физиология и симптомы поражения добавочного нерва
24. Анатомия, физиология и симптомы поражения подъязычного нерва
25. Бульбарный и псевдобульбарный параличи
26. Альтернирующие стволовые синдромы
27. Периферический отдел вегетативной нервной системы (парасимпатические и симпатические структуры)
28. Центральный отдел вегетативной нервной системы (лимбико-ретикулярный комплекс)
29. Периферический отдел вегетативной нервной системы парасимпатические и симпатические структуры)
30. Виды агнозий
31. Виды апраксий
32. Речь и ее расстройства

33. Нарушения сознания (спутанность, делирий, сопор, кома, акинетический мутизм, хроническое вегетативное состояние, смерть мозга)
34. Синдромы поражения теменной доли
35. Синдромы поражения височной доли
36. Синдромы поражения лобной и затылочной долей головного мозга
37. Повышение внутричерепного давления и гидроцефалия (гипертензия, доброкачественная внутричерепная гипертензия, гидроцефалия у детей и взрослых)

ВОПРОСЫ ЧАСТНОЙ НЕВРОЛОГИИ

38. Морфофизиологические особенности сосудистой системы головного мозга. Классификация острых нарушений мозгового кровообращения. Этиология, патогенез. Переходящие нарушения мозгового кровообращения
39. Ишемический церебральный инсульт (тромбоз). Патогенез, клиника, диагностика, лечение в остром периоде
40. Ишемический церебральный инсульт (эмболия). Патогенез, клиника, диагностика, лечение в остром периоде
41. Субарахноидальное кровоизлияние. Патогенез, клиника, диагностика, лечение в остром периоде
42. Основные принципы недифференцированной терапии в остром периоде нарушений мозгового кровообращения
43. Геморрагический (паренхиматозный) церебральный инсульт. Патогенез, клиника, диагностика, терапия в остром периоде
44. Реабилитация больных, перенесших мозговой инсульт
45. Спинальный инсульт. Патогенез, клиника (синдромы миелоишемии в зависимости от локализации по поперечнику и длиннику спинного мозга), лечение. Гематомиелия. Гематораксис.
46. Менингококковый менингит. Клиника, диагностика, лечение
47. Вторичные гнойные менингиты, абсцесс мозга
48. Острые серозные менингиты. Этиология, клиника, диагностика, лечение
49. Туберкулезный менингит. Клиника, диагностика, лечение
50. Клещевой энцефалит и клещевой боррелиоз. Этиология, патогенез, классификация, клиника острого периода, лечение
51. Хронические формы клещевого энцефалита (хроническая полиомиелитическая, синдром БАС, кожевниковская эпилепсия)
52. Эпидемический энцефалит Экономо. Острая и хроническая форма болезни
53. Малая хорея. Этиология, патогенез, клиника, лечение
54. Полиомиелит. Этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика
55. Острый миелит. Этиология, клиника, лечение
56. Ранний (мезодермальный) нейросифилис. Клинические варианты, лечение
57. Поздний (паренхиматозный) нейросифилис. Клиника и лечение спинной сухотки
58. Лейкоэнцефалит (болезнь Шильдера, Ван-Богарта). Понятие о лейкодистрофии
59. НейроСПИД
60. Рассеянный склероз. Этиология, патогенез, клинические варианты, лечение
61. Острый рассеянный энцефаломиелит. Клиника, лечение
62. БАС. Клиника, лечение

63. Неврологические синдромы остеохондроза шейного и грудного отдела позвоночника. Клиника, лечение
64. Неврологические синдромы остеохондроза поясничного отдела позвоночника. Клиника, лечение
65. Дисметаболические (диабетические, алкогольные) и аутоиммунные и коллагенозные полинейропатии
66. Острая демиелинизирующая полирадикулонейропатия Гийен-Барре. Клиника, лечение
67. Токсические полинейропатии (при отравлении ФОС, мышьяком, свинцом). Дифтерийная полинейропатия
68. Невропатия лучевого и локтевого нервов
69. Невропатия срединного нерва
70. Плексопатия плечевого сплетения
71. Невропатия бедренного нерва
72. Невропатия седалищного нерва
73. Невропатия большеберцового и малоберцового нерва
74. Невропатия лицевого нерва
75. Токсические полинейропатии (при отравлении фосфорорганическими соединениями, мышьяком, свинцом)
76. Сирингомиелия, сирингобульбия. Патогенез, клиника, лечение
77. Опухоли гипофиза
78. Общемозговые симптомы опухолей головного мозга
79. Опухоли мостомозжечкового угла и мозжечка
80. Экстремедуллярные и интрамедуллярные опухоли
81. Паразитарные заболевания нервной системы (цистицеркоз, эхинококкоз)
82. Острая закрытая черепно-мозговая травма (сотрясение, ушиб легкой, средней и тяжелой степени, травматическое сдавление, диффузное аксональное повреждение). Клиника, лечение
83. Последствия черепно-мозговых травм, клинические симптомы, лечение, реабилитация
84. Наследственные синдромы, связанные с нарушением числа половых хромосом (синдром Клайнфельтера, синдром Шерешевского-Тернера, трисомия по X-хромосоме)
85. Миопатии, классификация, клиника основных форм, диагностика, лечение
86. Невральная амиотрофия Шарко-Мари-Тута. Этиология, клиника, диагностика, лечение
87. Миастения. Патогенез, классификация, клиника, лечение
88. Миотония Томпсона. Дистрофическая миотония. Клиника, лечение
89. Болезнь Паркинсона. Патогенез, клиника, лечение
90. Хорея Гентингтона, этиология, клиника, лечение
91. Гепатоцеребральная дистрофия. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение
92. Семейная спастическая параплегия Штрюмпеля. Клиника, лечение
93. Факоматозы (нейрофиброматоз Реклингаузена, туберозный склероз Бурневилля)

94. Наследственные формы атаксий: болезнь Фридрайха, оливо-пункто-церебеллярные дегенерации
95. Эпилепсия. Этиология, патогенез, клиника, лечение. Эпистатус
96. Неврозы. Неврастения, истерия, невроз навязчивых состояний
97. Головная боль. Классификация, диагностические критерии
98. Лицевая боль. Типичные и атипичные невралгии лица
99. Синдром вегетативной дистонии. Этиология, клиника, принципы лечения
100. Детский церебральный паралич. Клиника, лечение

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Нормативные правовые акты:

1. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (с изм-ми и доп-ми)
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм-ми и доп-ми)
3. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм-ми и доп-ми)
4. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам» (с изм-ми и доп-ми).
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 г. № 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (с изм-ми и доп-ми).
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541 «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (с изм-ми и доп-ми).
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (с изм-ми и доп-ми).
8. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 04.05.2012 № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи» (с изм-ми и доп-ми).
9. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 3 августа 2012 г. N 66н "Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях"
10. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 926н"Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы"
11. Приказ Минздрава России от 20.06.2013 N 388н (ред. от 19.04.2019)"Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи"
12. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология"

7.1. Обязательная литература

1. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, А. Б. Гехт. - М. : ГЭОТАРМедиа, 2018. - 688 с.

2. Великанов И.И., Проскурнин Г.К. Шейный остеохондроз. Некоторые вопросы патогенеза, клиники, диагностики, лечения и профилактики заболевания физическими факторами в аспекте концепции афферентной терапии и профилактики заболеваний и интегративной медицины. — СПб. : Нестор-История, 2010. — 144 с., ил.
3. Качесов В.А. Основы интенсивной реабилитации. ДЦП. ЭЛБИ-СПб, С.-Петербург. – 2005. 112 с., ил.
4. Технология предупреждения инсульта. Пять лекций для врачей общей практики / Широков Е.А.– .: Издательство: КВОРУМ; Москва; 2011. – 123 с.
5. Гинсберг Л. Неврология для врачей общей практики [Электронный ресурс] / Л. Гинсберг ; пер. с англ.—3-е изд. (эл.).— Электрон. текстовые дан. (1 файл pdf. 371 с.).—М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015.—(Лучший зарубежный учебник).
6. Кадыков А. С., Манвелов Л. С., Шахпаронова Н. В. Хронические сосудистые заболевания головного мозга : дисциркуляторная энцефалопатия : руководство для врачей / А. С. Кадыков, Л. С. Манвелов, Н. В. Шахпаронова. — 3-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 272 с. : ил. (Серия «Библиотека врача-специалиста»).
7. Михайленко А.А. Клиническая неврология (семиотика и топическая диагностика): учебное пособие. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб:ООО «Издательство «Фолиант», 2012. – 432 с.: ил.
8. Коллинз Р.Д. Диагностика нервных болезней. Иллюстрированное руководство. М., «Медицина», 1986. – 240 с. – ил.
9. Неврология. Цикл лекций. / Под ред. Матвеева С.В. - СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Кафедра неврологии им. акад. С.Н. Давиденкова, 2013. – 175 с.: ил.
10. Невропатология раннего детского возраста. Руководство для врачей / Лебедев Б.В., Барашнев Ю.И., Якунин Ю.А. – Ленинград: «Медицина», 1981. 179 с.:ил.
11. Нервные болезни / Под ред. М.Н. Пузина. М.: «Медицина», 2002. – 333 с.: ил.
12. Гусев Е.И., Бойко А.Н., Столяров И.Д. Рассеянный склероз. Справочник. Москва, 2009. – 241 с.
13. Скворцов И.А. Детство нервной системы. М.: Тривола, 1995. – 96 с.
14. Шпитцер М. Вся правда о мозге: популярная неврология: пер. с нем./Манфред Шпитцер. – М.: АСТ: Астрель, 2008. – 281 с.: ил.
15. Ярош А.А. Нервные болезни / Под редакцией проф. А.А. Яроша .- Киев.:Вища школа, 1985.- 463 с.
16. Гусев Е.И., Г. С. Бурд, Коновалов А.Н. Неврология и нейрохирургия. Медицина; 2000. – 347 с.:ил.
17. Неврология и нейрохирургия / под ред. А.Н. Коновалова, А.В. Козлова ; Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова : учебник : в 2 т. - т. 2. 2009. - 420 с.
18. Яхно Н.Н., Парфенов В.А. Частная неврология: Учебное пособие. М.: «Медицинское информационное агентство», 2006, -192 с.
19. Радиационная медицина : учеб. пособие / А.Н. Гребенюк, В.И. Легеза, В.И. Евдокимов, Д.А. Сидоров ; под. ред. С.С. Алексанина, А.Н. Гребенюка ; Всерос. центр. экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России. – СПб. : Политехника-сервис, 2013. – Ч. I : Основы биологического действия радиации. – 124 с.
20. Гребенюк А. Н., Стрелова О. Ю., Легеза В. И., Степанова Е. Н. Основы радиобиологии и радиационной медицины: Учебное пособие. — СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2012. — 232 с.

21. Боль в спине: руководство. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. 2013. - 368 с. :ил. (Серия "Библиотека врача-специалиста")
22. Соков Е.Л., Корнилова Л.Е. Соматоневрологические синдромы. Новые аспекты патогенеза и лечения: Учеб. пособие. – М.: РУДН, 2008. – 188 с.: ил.
23. Курс лекций по общей неврологии (Учебно-методические рекомендации для студентов педиатрического факультета).- Гродно: ГрГМУ, 2009.- 101 с.

7.2. Рекомендуемая литература

1. Повереннова И.Е., Романова Т.В., Якунина А.В., Хивинцева Е.В.* Гендерные основы хронических неврологических заболеваний. Учебно- методическое пособие, 2007, УМО или НМС. - Изд-во ООО ИПК "Содружество».
2. Епифанов В. А. Епифанов А. В. Реабилитация в неврологии , 2014, М., Изд-во «ГЭОТАР-Медиа, 416 с.
3. Романова Т.В., Калинин В.А. Нейростоматология. Нейроанатомия лица. Лицевые боли. Учебно- методическое пособие, 2011, Изд-во ООО "ЦПР"
4. Попп Джон А. Руководство по неврологии, 2014.- Изд-во ГЭОТАР-Медиа
5. Матиас Бер, Михель Фротшер Топический диагноз в неврологии по Петеру Дуусу. Анатомия, физиология, клиника.- М.:, 2014.- Изд-во» Практическая медицина»
6. Гусев Е.И. Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия. Гриф УМО.- .- М.:, 2013.- Изд-во ГЭОТАР-Медиа.
7. Карлов В.А. Неврология. Руководство для врачей. -2011.- М.: Изд-во» МИА»
8. Шток В.Н. Фармакотерапия в неврологии. Практическое руководство, 2010, Изд-во» МИА»
9. Гурленя А.М. Физиотерапия в неврологии, 2011, Изд-во Медицинская литература
10. Шток В.Н. Фармакотерапия в неврологии. Практическое руководство, 2010.- М.: Изд-во «МИА»
11. Гинсберг Л. Неврология для врачей общей практики/ Л.Гинсберг; пер. с англ.- М.; 2010.- БИНОМ.-336 с.
12. Свош М., Джестико Дж. Неврология в фокусе/ Майкл Свош, Джон Джестико пер. с англ. под. ред В.В.Захарова.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 208 с.
13. Энн С.Д. Фармакотерапия в неврологии и психиатрии, 2007.-М.; Медицинское Информационное Агентство (МИА)
14. Детская неврология / Майкл Э. Кохен, Патриция К.Даффнер; пер. с англ Т.И. Хайбуллина; Под. ред. А.С.Петрухина; - М.; ГЭОТАР-Медиа, 2010.
15. Жимулёв И.Ф. Общая и молекулярная генетика. Учебник для вузов.- Новосибирск. Изд-во НГУ. 2007. – 470 с.
16. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика: Руководство для врачей/ Под. ред. В.Л.Голубева . М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-640 с.
17. Полиомиелит (современное состояние проблемы). Клиническое руководство для врачей / Под. ред. Е.П.Деконенко, М.А.Лобова, Л.Н.Мазанковой, З.В.Зверевой.- М.; 2013.- 128 с.

18. Круглова О.В., Якунина А.В. Пренатальная диагностика новорожденных и наследственных заболеваний плода. Учебно - методическое пособие, 2011, Изд-во ООО «ЦПР»

19. Повереннова И.Е., Власов Я.В., Хивинцева Е.В., Кузнецова Н.И. Рассеянный склероз Учебное пособие, 2009.- Изд-во ООО "Офорт".

20. Повереннова И.Е., Постнова Е.Н., Власов Я.В., Савельева Н.Н.* Перинатальные поражения нервной системы у детей первого года жизни. Этиология, классификация, ранняя диагностика. Учебно - методическое пособие, 2009 .- Изд-во ООО "Офорт"

21. Штульман Д.Р., Левин О.С. Неврология. Справочник практического врача, 2013, Изд-во «МЕДпресс-информ»

Периодические издания:

1. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова
2. Неврологический журнал
3. Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева
4. Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии
5. Анналы клинической и экспериментальной неврологии
6. Клиническая неврология

Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Ссылка на информационный ресурс	Наименование разработки	Доступность
vak.ed.gov.ru	Нормативные документы, авторефераты диссертаций	Доступны нормативно-справочная информация и архив ВАК
www.rosmedlib.ru	Электронная медицинская библиотека	Доступны полнотекстовые версии клинических рекомендаций, национальных руководств, монографий, атласов, основных учебников и современных классификаций
www.medi.ru	Фармакоклинический справочник	Доступны описания фармацевтических препаратов, научные статьи, монографии, доклады на конгрессах, конференциях и симпозиумах
www.cardiosite.ru	Сайт содержит актуальную информацию по вопросам кардиологии и о современных способах профилактики и лечения	Доступны полные тексты рекомендаций по лечению, различных публикаций, участие в вебинарах, просмотр видеотрансляций

	сердечно-сосудистых заболеваний	
www.sciencedirect.com	Всемирная электронная база данных научных изданий	В бесплатном режиме доступен поиск по каталогам базы данных, доступны аннотации статей, выходные данные и координаты авторов
elibrary.ru	Научная электронная библиотека	В форме электронных каталогов по научным изданиям, авторам и научным организациям содержит рефераты и полные тексты более 14 млн научных статей и публикаций
www.annualreviews.org	Полнотекстовый мультидисциплинарный ресурс	Доступен полный архив научных журналов издательства Annual Reviews
www.scopus.com	Библиографическая и реферативная база данных	Доступны отслеживание цитируемости статей, ссылки на полные тексты статей
search.ebscohost.com	Полнотекстовая база Medline with Fulltext	Доступ к полным текстам медицинских журналов, специализированной базе данных медицинских визуализаций (рисунки, анимация, видеоролики, интерактивные приложения и монографии)
www.fesmu.ru/elib/	Электронная библиотека ДВГМУ	Доступ к полным текстам электронных учебных изданий, книг, периодических изданий, авторефератов диссертаций

8. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

Реализация теоретической части программы осуществляется с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий.

Реализация практической части программы осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ в сфере образования и локальных актов образовательной организации, исходя из программы обучения.

Реализация программы обеспечивается педагогическими кадрами, имеющими высшее профессиональное образование и отвечающими квалификационным требованиям, указанным в квалификационных справочниках, и (или) профессиональным стандартам, в рамках изучаемого цикла.

9. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ И ДИДАКТИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

- фантом искусственного дыхания и наружного массажа сердца;
- столы;
- стулья;
- шкаф для одежды двухстворчатый;
- шкаф общего назначения;
- столик стационарный медицинский;
- мультимедийный проектор;
- аптечка по оказанию первой помощи;
- прибор для определения артериального давления.
- технические средства обучения: персональные компьютеры и (или) ноутбуки с выходом в интернет, флипчарт.
- слайды, методические разработки.

Лекционные занятия сопровождаются показом презентаций.

Практические занятия сопровождаются показом слайдов, плакатов и наглядных пособий.

При осуществлении дистанционного обучения слушателю выдаются логин и пароль для вхождения в программу обучения, с помощью которого необходимо будет реализовывать требования программы.