

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Багрий Андрей Эдуардович
Должность: Проректор по последипломному образованию и региональному развитию здравоохранения
Дата подписания: 21.03.2025 16:48:58
Уникальный программный ключ:
2b055d886c0fdf89a246ad89f315b2adcf9f223c

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ:

Проректор по последипломному
образованию и региональному развитию
здравоохранения



Handwritten signature of the official.

**ПРОГРАММА ВСТУПИТЕЛЬНОГО ИСПЫТАНИЯ ДЛЯ
ПОСТУПАЮЩИХ НА ОБУЧЕНИЕ ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ
ПРОГРАММАМ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММАМ
ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.42 НЕВРОЛОГИЯ
(2025 год приема)**

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Вступительное испытание проводится в два этапа, в один день:

- 1 этап – компьютерное тестирование (далее – тестирование),
- 2 этап – решение ситуационных задач.

Вступительные испытания проводятся в период с 12.08.2025 по 22.08.2025 (окончательная дата завершения этого периода может быть ранее 22.08.2025 и определяется расписанием вступительных испытаний).

Тестовые задания и ситуационные задачи готовятся и формируются профильной кафедрой (профильными кафедрами) по данной специальности ординатуры, они утверждаются проректором по последипломному образованию и региональному развитию здравоохранения Университета.

Тестирование проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых автоматически путем случайной выборки 60 тестовых заданий из соответствующей базы оценочных средств, формируемой Университетом.

1 этап – компьютерное тестирование

Тестирование проводится с использованием 60 тестовых заданий, на решение которых отводится не более 60 минут.

Результат тестирования формируется автоматически с указанием количества правильных ответов тестовых заданий из расчёта, что один правильный ответ – это один балл (максимально возможное общее количество правильных ответов тестовых заданий – 60, соответственно – это составляет 60 баллов).

Минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение тестирования составляет 43 балла. Поступающий, набравший менее 43 баллов, не допускается ко второму этапу вступительного испытания – решению ситуационных задач и выбывает из дальнейшего конкурса.

2 этап – решение ситуационных задач

На втором этапе вступительного испытания поступающему предлагается решить 4 ситуационные задачи, на решение которых отводится не более 60 минут.

Результат второго этапа вступительного испытания – решения ситуационных задач – формируется с указанием количества баллов за каждую из последних по принципу: от 0 до 10 баллов – за каждую задачу (по 2 балла за каждый правильный ответ из пяти вопросов). Таким образом, максимальное возможное количество баллов за 2 этап составляет 40 баллов.

Результат вступительного испытания отражается в протоколе заседания экзаменационной комиссии, подписываемом в день вступительного испытания.

Результат тестирования в баллах суммируется с баллами за решение ситуационных задач в баллах.

Соответственно, минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение вступительного испытания, составляет 70 баллов, а максимально возможное количество экзаменационных баллов составляет 100 баллов.

ПЕРЕЧЕНЬ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ

1.	Безусловные рефлексы и их изменения.
2.	Кортико-спинальный путь: анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика.
3.	Кортико-нуклеарный путь: анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика.
4.	Периферический двигательный нейрон: анатомия, симптомы поражения, топическая диагностика.
5.	Анатомия и физиология проводников поверхностной чувствительности. Синдромы поражения.
6.	Анатомия и физиология проводников глубокой чувствительности. Синдромы поражения.
7.	Типы нарушения чувствительности (периферический, полиневритический, корешковый, сегментарный, проводниковый). Тотальное и диссоциированное расстройство чувствительности.
8.	Синдром половинного поперечного поражения спинного мозга (синдром Броун-Секара). Симптомы поражения поперечника спинного мозга на различных уровнях.
9.	Обонятельный нерв. Ход обонятельных проводников. Признаки поражения.
10.	Зрительный анализатор. Анатомия, физиология. Признаки поражения на разных уровнях.
11.	Глазодвигательный нерв. Анатомия, функция, симптомы поражения.
12.	Блоковый и отводящий нервы. Анатомия, функция, симптомы поражения
13.	Тройничный нерв. Анатомия, функция, симптомы поражения
14.	Иннервация мимических мышц и симптомы ее нарушения.
15.	Языкоглоточный нерв. Анатомия, физиология, симптомы поражения.
16.	Блуждающий нерв. Анатомия, физиология, симптомы поражения.
17.	Подъязычный и добавочный нервы. Анатомия, физиология, симптомы поражения.
18.	Вкусовой анализатор. Анатомия, физиология, симптомы поражения.
19.	Бульбарный и псевдобульбарный паралич.
20.	Альтернирующие параличи. Их характеристика на отдельных примерах в зависимости от уровня поражения.
21.	Мозжечок. Анатомия, физиология, симптомы поражения.
22.	Стриарная система. Анатомия, физиология, симптомы поражения.
23.	Паллидарная система. Анатомия, физиология, симптомы поражения.
24.	Внутренняя капсула. Зрительный бугор. Их анатомия, физиология, симптомы поражения.
25.	Речь и ее расстройства (афазия, дизартрия).
26.	Агнозия. Апраксия. Их виды.
27.	Агнозия. Апраксия. Их виды.
28.	Вегетативная иннервация глаза, симптомы нарушения.
29.	Синдромы поражения теменной доли головного мозга.
30.	Синдром поражения лобной доли головного мозга.
31.	Синдромы нарушения сознания. Дифференциальная диагностика комы, связанной с очаговым поражением головного мозга от комы, не связанной органическим поражением головного мозга.
32.	Заболевания периферической нервной системы.
33.	Острая и хроническая боль. Нейрофизиологические и психологические аспекты боли. Социально-экономическое значение.
34.	Полинейропатии. Особенности дифтерийной, диабетической, алкогольной, свинцовой полинейропатии.
35.	Острая демиелинизирующая полирадикулонейропатия Гийена-Барре. Клиника. Лечение.
36.	Нейропатия лицевого нерва. Этиопатогенез заболевания, клиника, лечение.
37.	Невралгия тройничного нерва. Этиология, клиника, лечение (консервативное и хирургическое).
38.	Пояснично-крестцовые радикулопатии (радикулит и радикулопатия). Этиология. Клиника. Дифференциальный диагноз с туберкулезным спондилитом. Лечение. Хирургическое лечение, показания к операции.
39.	Люмбаго. Этиопатогенез заболевания, клиника, лечение.
40.	Шейные радикулопатии (радикулит и радикулопатия). Этиология, клиника, лечение.

39.	Клинические симптомы и лечение поражения плечевого сплетения (паралич Дюшен-Эрба и Дежерин-Клюмпке).
40.	Туннельные нейропатии локтевого, лучевого, срединного и малоберцового нервов.
41.	Сосудистые заболевания нервной системы.
42.	Классификация нарушений мозгового кровообращения.
43.	Геморрагический церебральный инсульт. Факторы риска. Клиника, диагностика, неотложная терапия.
44.	Ишемический церебральный инсульт. Этиопатогенез, клиника заболевания, неотложная терапия.
45.	Субарахноидальное кровоизлияние. Этиология, лечение.
46.	Преходящие нарушения мозгового кровообращения (гипертонический и гипотонический кризы). Этиопатогенез, клиника заболевания, неотложная терапия.
47.	Спинальный инсульт. Патогенез, клиника, лечение.
48.	Инфекционные и инфекционно-аллергические поражения нервной системы.
49.	Менингококковый менингит. Этиология, эпидемиология, клиника, лечение.
50.	Вторичные гнойные менингиты. Этиология, клиника, лечение.
51.	Острый серозный менингит. Этиология, клиника, лечение.
52.	Туберкулезный менингит. Клиника, диагностика, лечение.
53.	Основные принципы дифференциальной диагностики различных менингитов.
54.	Клещевой энцефалит. Этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика.
55.	Герпетический энцефалит. Этиопатогенез, клиника, лечение.
56.	Эпидемический энцефалит. Этиопатогенез, клиника, лечение в острой и хронической стадии заболевания.
57.	Эпидурит: Этиология, клиника, диагностика, лечение.
58.	Миелит: Этиология, клиника, лечение.
59.	Рассеянный склероз и рассеянный энцефаломиелит. Этиопатогенез, клинические варианты, лечение.
60.	Полиомиелит. Этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика.
61.	Малая хорея. Этиология, клиника, лечение.
62.	Нейросифилис. Этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика.
63.	Травмы нервной системы.
64.	Ушиб головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
65.	Сотрясение головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
66.	Сдавление головного мозга посттравматической гематомой. Клиника, диагностика, лечение.
67.	Травмы спинного мозга: сотрясение, ушиб, сдавление и разрыв. Диагностика и лечение.
68.	Травматические поражения нервов верхних и нижних конечностей.
69.	Опухоли головного и спинного мозга.
70.	Классификация опухолей головного мозга.
71.	Параклинические методы диагностики опухолей головного мозга.
72.	Аденома гипофиза: клиника, диагностика, лечение.
73.	Абсцесс головного мозга: этиология, клиника, диагностика, лечение.
74.	Опухоли спинного мозга. Клинические проявления экстрамедуллярной опухоли, лечение.
75.	Интрамедуллярные опухоли спинного мозга. Клиника, диагностика, особенности течения, лечение.
76.	Невринома конского хвоста. Клиника. Лечение.
77.	Эпилепсия и судорожные состояния.
78.	Эпилепсия: этиология, патогенез, клиника, лечение.
79.	Очаговая эпилепсия: этиология, патогенез, клиника, лечение.
80.	Дифференциальная диагностика эпилептического припадка от обморока и истерического припадка.
81.	Эпилептический статус. Клиника, неотложная помощь.
82.	Неврозы, заболевания вегетативной нервной системы.

83.	Неврастения. Клиника, лечение, профилактика.
84.	Истерия: этиология, клиника, лечение, профилактика.
85.	Невроз навязчивых состояний: этиология, клиника, лечение.
86.	Вегетативная дистония: этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика.
87.	Мигрень: генетические аспекты, клиника, лечение, диагностика.
88.	Наследственные заболевания нервной системы.
89.	Болезнь Паркинсона: генетические аспекты, клиника, лечение.
90.	Семейная атаксия Фридрейха: патогенез, клиника, лечение, профилактика.
91.	Боковой амиотрофический склероз. Этиопатогенез, клиника, лечение.
92.	Хорея Гентингтона: этиология, клиника, лечение, профилактика.
93.	Прогрессирующая мышечная дистрофия (формы Эрба, Ландузи-Дежерина, Дюшена): этиология, клиника, лечение, профилактика.
94.	Миастения. Этиопатогенез, генетические аспекты, клиника, лечение. Миастенический и холинергический кризы.
95.	Невральный амиотрофия Шарко-Мари: клиника, диагностика, лечение, профилактика.
96.	Сирингомиелия и сирингобульбия: генетические аспекты, клиника, лечение, профилактика.

ОБРАЗЦЫ ВСТУПИТЕЛЬНЫХ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

- У больного 62 лет после переохлаждения появилась выраженная боль в пояснице с иррадиацией по задне-боковой поверхности левой ноги, которая усиливается при кашле, чихании, езде в транспорте. В неврологическом статусе: гипестезия по задне-латеральной поверхности левого бедра и голени, Ласега с угла 45° слева, Нери, Дежерина. Какой тип нарушения чувствительности у данного больного?
А. Невральный
Б. Плексарный
В. Сегментарный
Г. Корешковый
- Больной 30 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, опущение правого верхнего века, двоение перед глазами после перенесенного респираторного заболевания. При неврологическом осмотре выявлены птоз справа, расходящийся страбизм за счет правого глаза, мидриаз, отсутствие фотореакций справа, парез конвергенции правого глазного яблока и невозможность посмотреть вверх и вниз. Какая локализация очага поражения?
А. Блоковый нерв
Б. Отводящий нерв
В. Зрительный нерв
Г. Глазодвигательный нерв
- Пациент 20 лет обратился с жалобами на выраженную головную боль, внезапно возникшую 4 часа назад, отмечает однократную рвоту без признаков улучшения состояния. В анамнезе: артериальная гипертензия, гипотензивную терапию регулярно не получает. Объективно: гиперемия лица, психомоторное возбуждение, АД 220/110 мм рт.ст., Т - 37,1°С. Синдром ригидности задней группы мышц шеи, положительный Кернига, очаговой симптоматики нет. Какой Ваш предположительный клинический диагноз?
А. Внутречерепная гипотензия
Б. Паренхиматозное кровоизлияние
В. Субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние
Г. Субарахноидальное кровоизлияние
- У больного 25 лет, страдающего ревматизмом, возвратным ревмокардитом, на фоне интенсивной физической нагрузки внезапно ослабели правые конечности, нарушилась

- речь, была кратковременная потеря сознания. При осмотре: сознание восстановилось, правосторонний центральный гемипарез, элементы моторной афазии. На ЭКГ – фибрилляция предсердий. Спустя сутки нарушенные функции не восстановились. Ваш предположительный диагноз?
- А. Транзиторная ишемическая атака
 - Б. Субарахноидальная геморрагия
 - В. Кардиоэмболический инсульт
 - Г. Лакунарный инсульт
5. Больная 20 лет доставлена в отделение после психо-эмоционального перенапряжения с жалобами на чувство внезапно возникшего страха и тревоги, чувство «кома» за грудиной, ознобоподобную дрожь, сердцебиение. Объективно: возбуждена, астеник, ЧД – 25 в мин., АД - 170/80 мм рт.ст., ЧСС - 110 в мин., бледность кожных покровов в дистальных отделах, холодные на ощупь, акрогипергидроз. Двусторонний экзофтальм, мидриаз, фотореакции живые. Менингеальных и очаговых симптомов поражения нервной системы, соматических заболеваний не выявлено. После купирования состояния пациентка выделила большое количество светлой мочи. Какое состояние имеет место у больной?
- А. Симпато-адреналовый криз
 - Б. Ваго-инсулярный криз
 - В. Смешанный криз
 - Г. Липотимическое состояние
6. У больного на 5-й день ОРВИ появилось нарушение речи, поперхивание при глотании пищи, изменился голос: стал гнусавым, тихим, ослабели руки и ноги. При осмотре выявлены бульбарный синдром, периферический тетрапарез, гипестезия дистальных отделов конечностей. В ликворе белково-клеточная диссоциация. Ваш предположительный диагноз?
- А. Острый рассеянный энцефаломиелит
 - Б. Демиелинизирующая полирадикулоневропатия Гийена-Барре
 - В. Рассеянный склероз
 - Г. Хронический полиомиелит
7. Больной жалуется на слабость в ногах, шаткость при ходьбе, дрожание в руках при выполнении точных целенаправленных движений, императивные позывы к мочеиспусканию, нарастающие постепенно, в течение 2-х лет; в анамнезе атрофия зрительного нерва справа. Невропатологом заподозрен рассеянный склероз. Какое исследование следует провести в первую очередь?
- А. МРТ головного мозга
 - Б. МРТ спинного мозга
 - В. СКТ головного мозга
 - Г. Электроэнцефалографию
8. Больной 60 лет жалуется на слабость в правой руке и ноге. При неврологическом осмотре выявлено отставание правых конечностей при пробе Барре, мышечная сила снижена, гипертонус по спастическому типу, гиперрефлексия с расширенной рефлексогенной зоной, симптом Бабинского и Штрюмпеля справа. Какой неврологический синдром имеет место у данного больного?
- А. Центральный гемипарез
 - Б. Центральная гемиплегия
 - В. Центральный тетрапарез
 - Г. Центральный парапарез
9. Больной М., 38 лет находится на «Д» учете у невролога с жалобами на слабость в ногах, шаткость при ходьбе, двоение перед глазами при взгляде в стороны, нарушение функции тазовых органов. Объективно: эйфоричен. Сухожильные рефлексy с рук и ног высокие.

- Брюшные рефлексы отсутствуют. Горизонтальный нистагм. Из анамнеза известно, что ухудшение состояния отмечается 2-3 раза в год. Какой диагноз можно предположить в данном случае?
- А. Рассеянный склероз
 - Б. Острый рассеянный энцефаломиелит
 - В. Болезнь Фридрейха
 - Г. Болезнь Штрюмпеля
10. Больной 20 лет страдает эпилепсией с 12 лет, принимает антиконвульсанты. Около месяца отрицает прием противосудорожных препаратов. Госпитализирован пациент в тяжелом состоянии с развитием больших судорожных эпилептических припадков, которые следуют один за другим, между которыми сознание не восстанавливается. Какое состояние развилось у больного?
- А. Эпилептическая реакция
 - Б. Эпилептический статус
 - В. Эпилептический синдром
 - Г. Джексоновский синдром
11. У больного 23 лет появилась сильная головная боль, тошнота и рвота. Объективно: $t - 38,9^{\circ}\text{C}$, на ногах - геморрагическая звездчатая сыпь. Менингеальная поза в постели. Резко положительные менингеальные симптомы. Глубокие рефлексы живые, равномерные. Патологические рефлексы отсутствуют. Возникло подозрение о эпидемическом цереброспинальном менингите. Какой из дополнительных методов обследования необходимо в первую очередь провести больному для уточнения диагноза?
- А. Люмбальная пункция
 - Б. Эхоэнцефалография
 - В. Реоэнцефалография
 - Г. Электроэнцефалография
12. У больного 20-ти лет, температура $39,5^{\circ}\text{C}$, головная боль, рвота, положительные менингеальные знаки. Ликвор: цитоз - 7000 клеток (97% нейтрофилы). Вероятный диагноз?
- А. Гнойный менингит
 - Б. Вирусный менингит
 - В. Туберкулезный менингит
 - Г. Опухоль мозга
13. Больная 23 лет внезапно почувствовала интенсивную головную боль, тошноту, боль в шее, пояснице. Объективно: на теле геморрагическая сыпь. Температура $39,2^{\circ}\text{C}$, выражены менингеальные симптомы. Световая, тактильная, болевая гиперестезия. Кровь: лейкоциты – $25 \times 10^9/\text{л}$. Какой метод обследования наиболее информативный?
- А. Люмбальная пункция
 - Б. Компьютерная томография
 - В. Электроэнцефалография
 - Г. Транскраниальная доплерография
14. Больной, 52 лет, жалуется на боль в суставах, мышцах, слабость в мышцах. Болеет около года. Лечение нестероидными противовоспалительными препаратами было без эффекта. При осмотре: самостоятельные движения туловища и конечностей затруднены, в параорбитальной области – темная эритема. Пальпация мышц плечевого пояса и бедер болезненна. Тоны сердца ослаблены, систолический шум на верхушке. Какой наиболее вероятный основной патогенетический механизм развития этого заболевания?
- А. Образование антител к нативной ДНК
 - Б. Гиперпродукция коллагена
 - В. Образование антител к РНК

15. У больного 48 лет, появились «стреляющие боли» в руках при наклоне головы, шаткость при ходьбе в темное время суток. Врач обнаружил снижение глубокой чувствительности (мышечно-суставного чувства) от D2 книзу, поверхностная чувствительность не нарушена. Выявлена шаткость при ходьбе с закрытыми глазами. В анамнезе: 3 года назад лечился амбулаторно по поводу сифилиса. Определите предварительный диагноз.
- А. Боковой амиотрофический склероз
 - Б. Спинная сухотка
 - В. Сирингомиелия
 - Г. Поперечный миелит
16. Больной Н., 47-лет. Жалобы на головную боль. Страдает хроническим бронхитом. При рентген-исследовании очаг затемнения в верхней доле правого легкого. Болеет 2 недели. При осмотре: ЧН без особенностей, двухсторонняя рефлекторная пирамидная недостаточность, менингеальный синдром. Выполнена диагностическая люмбальная пункция. В ликворе: давление 180 мм вод. ст., цитоз 125 (лимфоциты – 98%), белок 0,42 г/л., Панди 2, сахар 1,0, хлор 92, через 24 часа образовалась фибринная пленка. Ваш предварительный диагноз?
- А. Туберкулезный менингит
 - Б. Гнойный менингит
 - В. Опухоль головного мозга
 - Г. Ишемический инсульт
17. У больного 32 лет, на 3-й день острой вирусной респираторной инфекции появилось повышение температуры до 39°С, резкая головная боль, светобоязнь, гиперестезия кожи. Выявлен менингеальный синдром. Выполнена диагностическая люмбальная пункция. Ликвор макроскопически: бесцветный, прозрачный, вытекает частой каплей. В анализе ликвора: белок – 0,39 г/л, цитоз – 153 в мм кубическом, из них 89% лимфоцитов, эритроциты -3 (неизмененные). Какой предварительный диагноз?
- А. Серозный менингит
 - Б. Гнойный менингит
 - В. Менингококковый менингит
 - Г. Субарахноидальное кровоизлияние
18. У больного отмечаются сильная головная боль, повторная рвота, болезненность при перкуссии черепа и позвоночного столба, повышенная чувствительность к световым, звуковым и тактильным раздражителям. Больной лежит на боку, голова его запрокинута, ноги согнуты и прижаты к животу. Проведена люмбальная пункция: спинно-мозговая жидкость мутная, давление 360 мм вод. ст., реакция Панди +++++, белок -3,07 г/л, цитоз – 2327 кл. в 1 мм³ (90% нейтрофилов, 10 % лимфоцитов), глюкоза – 2,2 ммоль/л. Какой предварительный диагноз?
- А. Серозный менингит
 - Б. Субарахноидальное кровоизлияние
 - В. Опухоль мозга
 - Г. Гнойный менингит
19. У больной после проведенной люмбальной пункции получены следующие результаты: ликвор бесцветен, прозрачен, вытекает под давлением 190 мм вод. ст., реакция Панди +++++, белок -2,75 г/л, цитоз – 3 кл. в 1мм³. Какой основной синдром?
- А. Менингеальный
 - Б. Внутричерепной гипертензии
 - В. Белково-клеточной диссоциации
 - Г. Клеточно-белковой диссоциации

20. Цереброспинальная жидкость опалесцирует, вытекает под давлением 210 мм вод. ст., реакция Панди ++, белок -0,34 г/л, цитоз -843 кл. в 1мм³ (80% лимфоциты), содержание сахара -0,25 г/л. При отстаивании на протяжении 24 часов выпала фибринная пленка. Какой предполагаемый диагноз?
- А. Туберкулезный менингит
 - Б. Гнойный менингит
 - В. Субарахноидальная геморрагия
 - Г. Опухоль мозга
21. У больного после произведенной люмбальной пункции возникла головная боль, усиливающаяся при переходе из горизонтального в вертикальное положение и уменьшающаяся в горизонтальном положении. Какой основной неврологический синдром?
- А. Внутричерепной гипотензии
 - Б. Внутричерепной гипертензии
 - В. Менингеальный синдром
 - Г. Бульбарный синдром
22. Спинно-мозговая жидкость ксантохромная, опалесцирует, вытекает под давлением 290 мм вод. ст., реакция Панди +++, белок— 2,32 г/л, цитоз —847 в мм³ (лимфоциты — 92 %, нейтрофильные гранулоциты - 8%), свежие и измененные эритроциты в небольшом количестве. Люмбальная пункция произведена на третий день заболевания. Какой предварительный диагноз?
- А. Геморрагический менингоэнцефалит
 - Б. Субарахноидальное кровоизлияние
 - В. Внутримозговая гематома
 - Г. Абсцесс головного мозга
23. У больного отмечаются приступы сильной головной боли с рвотой, головокружением, замедлением пульса, уменьшением его наполнения, затруднением дыхания, бледность кожи, иногда с помрачением сознания, развивающиеся при резких движениях головы, физическом напряжении, натуживании. Какой основной неврологический синдром?
- А. Вегетативный криз
 - Б. Менингеальный синдром
 - В. Окклюзионный синдром
 - Г. Синдром внутричерепной гипотензии
24. У больного В., 28 лет, в результате травмы плеча возникли выраженная слабость в проксимальных отделах правой руки, боли и парестезии по наружному краю плеча и предплечья. Невозможно отведение правой руки в плечевом суставе и сгибание ее в локтевом. При осмотре отмечены атрофии и слабость мышц: дельтовидной, двуглавой, внутренней плечевой, плечелучевой и короткого супинатора; выпадение бицепс-рефлекса, гипестезия на наружной поверхности плеча и предплечья. Движение кисти и пальцев правой руки не нарушено. Какой предполагаемый клинический диагноз?
- А. Паралич Дюшенна-Эрба
 - Б. Паралич Дежерина-Клюмке
 - В. Тотальный паралич
 - Г. Цервикальная радикулопатия на уровне C4-C5
25. У пациента К., 43 лет после падения, в неврологическом статусе выявлены: анестезия по проводниковому типу с двух сторон в ногах и перианальной области, периферический парапарез, центральное расстройство мочеиспускания. Для поражения какого уровня спинного мозга характерны данные симптомы?
- А. C2-C4
 - Б. C5-Th1

В. L1-S2

Г. L4-S2

26. Больная К., 47 лет, на протяжении последних 4-5 лет предъявляет жалобы на преимущественные ночные и утренние болезненные онемения пальцев правой руки. Парестезии усиливаются при поднимании правой руки вверх и при перкуссии ладонной поверхности правого лучезапястного сустава. При осмотре выявлены гипотрофия тенара, уменьшение силы сжатия между большим и указательным пальцами правой кисти (возникают трудности при застегивании пуговиц, заводе часов). Поставьте предполагаемый клинический диагноз.
- А. Правосторонняя плечевая плексопатия (паралич Дежерина-Клюмке)
 - Б. Шейный остеохондроз с правосторонним рефлекторным синдромом плечо-кисть
 - В. Туннельная невропатия (синдром правого запястного канала)
 - Г. Правосторонняя цервикобрахиалгия
27. Больной Л., 38 лет, предъявляет жалобы на пошатывание при ходьбе, возникшее примерно 3-4 года назад, и в дальнейшем постепенно усиливающееся. Пошатывание особенно усиливается в темное время суток. При осмотре: отсутствует прямой реакции зрачков на свет. Глубокие рефлексы с рук средней живости, с ног не вызываются. Четких парезов конечностей не определяется. Нарушено мышечно-суставное чувство в пальцах стоп. Пошатывание в позе Ромберга в обе стороны, больше вправо. Походка штампующая. Коррекция ходьбы зрением. Положительны серологические реакции РИФ. Для какого заболевания характерна данная клиническая картина?
- А. Болезнь Фридрейха
 - Б. Диабетическая полинейропатия
 - В. Спинная сухотка
 - Г. Фуникулярный миелоз
28. Укажите характер парапареза верхних конечностей при шейно-грудной форме бокового амиотрофического склероза:
- А. Вялый
 - Б. Спастический
 - В. Смешанный
 - Г. Центральный
29. Больной С., 50 лет, предъявляет жалобы на постепенное снижение зрения, увеличение размеров обуви и перчаток, изменение черт лица (увеличение носа, надбровных дуг) в последний год. При осмотре – явления акромегалии. Зрачки 2 мм, круглые, равные. Прямая и содружественная реакция зрачков на свет сохранена. Битемпоральная гемианопсия. Какие отделы зрительного нерва пострадали?
- А. Внутренние волокна хиазмы.
 - Б. Наружные волокна хиазмы.
 - В. Зрительный тракт.
 - Г. Медиальная поверхность коры затылочной доли.
30. У пациента отмечаются фибриллярные подергивания и атрофии правой половины языка, девиация языка вправо, дизартрия, левосторонний центральный гемипарез. Какой характер синдрома и локализация очага поражения?
- А. Псевдобульбарный синдром, ножка мозга справа
 - Б. Альтернирующий синдром, правая половина варолиева моста
 - В. Альтернирующий синдром, правая часть продолговатого мозга в области ядра XII нерва
 - Г. Альтернирующий синдром, левая часть продолговатого мозга в области ядра XII нерва

ОБРАЗЦЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАНИЙ

1. Больной 45 лет, страдающий гипертонической болезнью с высокими цифрами АД, внезапно после эмоционального напряжения почувствовал слабость и онемение в правых конечностях, затруднение речи. В неврологическом статусе: элементы моторной афазии, сглажена правая носогубная складка, девиация языка вправо, легкий правосторонний гемипарез. Все указанные симптомы регрессировали в течение трех часов.

Вопросы:

1. Какие клинические синдромы у больного?
 2. Какой топический диагноз?
 3. Какой клинический диагноз?
 4. Какие методы дополнительного обследования показаны?
 5. Какое лечение и вторичная профилактика?
-
2. Больной А., 40 лет. Жалобы на слабость в дистальных отделах нижних конечностей, изменение походки, постоянные парестезии и жгучие боли в стопах и голени. В течение ряда лет больной употребляет алкоголь, заболевание развивалось постепенно. Объективно: симметричные парезы стоп с преимущественным поражением тыльных сгибателей стопы и пальцев с атрофией мышц, походка «петушиная» (степпаж). Ахилловы рефлексы отсутствуют. Чувствительные расстройства имеют вид «носков». Нарушена вибрационная и тактильная чувствительность. Отечность, гиперпигментация кожи нижних конечностей.

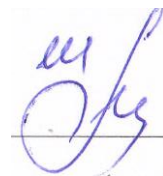
Вопросы:

1. Какие клинические синдромы у больного?
 2. Какой топический диагноз?
 3. Какой клинический диагноз?
 4. Какие методы дополнительного обследования показаны?
 5. Какое лечение и вторичная профилактика?
-
3. У больного Д., 52 лет, после перелома плечевой кости развился паралич мышц, разгибающих предплечье, кисть и пальцы. Анестезия кожи в области тыльной поверхности предплечья, кисти и I, II и частично III пальцев.

Вопросы:

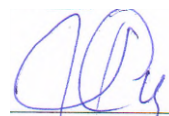
1. Какие клинические синдромы?
2. Признаки какого заболевания имеются у больного?
3. Что поражено?
4. Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Какое лечение?

Зав. кафедрой детской и общей неврологии ФНМФО,
д.мед.н., доцент



И.С. Луцкий

Зав. кафедрой неврологии и медицинской генетики,
д.мед.н., профессор



Е.А. Статинова