

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

Принято решением Ученого совета
ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России
От «24» марта 2026г. Протокол № 3

**ПРОГРАММА ВСТУПИТЕЛЬНОГО ИСПЫТАНИЯ ДЛЯ
ПОСТУПАЮЩИХ НА ОБУЧЕНИЕ ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ
ПРОГРАММАМ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММАМ
ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.42 НЕВРОЛОГИЯ
(2026 год приема)**

Донецк 2026

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Вступительное испытание проводится в форме **компьютерного тестирования** (далее - тестирование).

Тестирование проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых для каждого поступающего автоматически.

Общее количество тестовых заданий составляет - **80 штук**, время отводимое поступающему на их решение – **60 минут**.

Результат тестирования формируется автоматически с указанием процента правильных ответов от общего количества тестовых заданий.

Результат тестирования в баллах (**1 балл равен 1 проценту**) отражается в протоколе заседания экзаменационной комиссии, подписываемом в день завершения тестирования.

Минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение тестирования, составляет **70 баллов**

ФОРМИРОВАНИЕ СПИСКОВ ПОСТУПАЮЩИХ

Не позднее трех рабочих дней со дня завершения тестирования Университет формирует по каждому конкурсу списки поступающих. В списки поступающих не включаются лица, набравшие менее минимального количества баллов по результатам тестирования, и лица, отозвавшие документы, необходимые для поступления.

Списки поступающих ранжируются по следующим основаниям:

- *по убыванию суммы конкурсных баллов* (суммы экзаменационных баллов и баллов за индивидуальные достижения);
- при равенстве суммы конкурсных баллов – *по убыванию суммы экзаменационных баллов*, начисленных по результатам вступительного тестирования;
- при равенстве суммы экзаменационных баллов, начисленных по результатам вступительного испытания, – *по убыванию балла за первичную аккредитацию специалиста*.

ОБРАЗЦЫ ВСТУПИТЕЛЬНЫХ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

1. 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
2. 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
3. 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., T - 37,1⁰C. Синдром ригидности задней группы мышц шеи, положительный Кернига, очаговой симптоматики нет. Какой Ваш предположительный клинический диагноз?
- А. Внутричерепная гипотензия
 - Б. Паренхиматозное кровоизлияние
 - В. Субарахноидально-паренхиматозное кровоизлияние
 - Г. Субарахноидальное кровоизлияние
4. 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, ознобopodobную 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 рефлексы 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 эпилептические 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
- Г. Синтез миозин - специфических антител

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. Спинальная 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 гр/л., Панди 2, сахар 1,0, хлор 92, через 24 часа образовалась фибриновая 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^оС, 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 отмечают сильную головную 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 фибриновая 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 С4-С5

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. С2-С4
Б. С5-Тн1
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 онеменения 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 сдавления 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